

Справочник

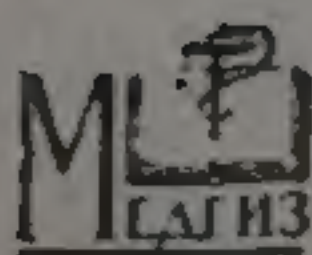
ПО СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЕ

М Е Д Г И З · 1961

СПРАВОЧНИК ПО СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

СОСТАВИЛИ:

*ВИНОГРАДОВ И. В., ГОТЬЕ В. Ю., ГУРЕЕВ А. С.,
СЕРЕБРЕННИКОВ И. М.*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1961 — МОСКВА

АННОТАЦИЯ

В «Справочнике» содержатся документы и сведения, необходимые в работе врача любого профиля (в том числе и штатного судебномедицинского эксперта), привлекаемого к проведению судебно-медицинской экспертизы.

Из официальных документов помещены только самые необходимые, касающиеся прав и обязанностей судебномедицинского эксперта, а также правил вскрытия трупа и освидетельствования живых лиц.

В разделе «Неофициальные справочные материалы» содержатся практические рекомендации по исследованию трупа на месте происшествия и в морге и при проведении экспертизы живого лица. Эта часть составлена на основе практического опыта работы авторов с учетом имеющихся литературных данных.

Некоторые сведения публикуются впервые.

Справочник по судебно-медицинской экспертизе рассчитан на судебно-медицинских экспертов и на широкие круги врачей (особенно врачей сельских местностей), которые могут быть привлечены к проведению судебно-медицинских экспертиз (вскрытию трупа и освидетельствованию живого лица).

Справочник может быть полезен работникам суда, прокуратуры и адвокатуры.

Редактор *М. И. Авдеев*

Техн. редактор *Н. И. Людковская*

Корректор *О. А. Лосой*

Переплет художника *Б. Н. Гутентога*

Сдано в набор 2/VIII 1960 г. Подписано к печати 7/II 1961 г.
Формат бумаги 84×108/32. 7,94 печ. л. (условных 13,02 л.)
12,98 уч.-изд. л. Тираж 20 000 экз. Т-02289. МС-03.

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Заказ 352. 1-я типография Медгиза, Москва, Ногатинское шоссе, д. 1.
Цена 85 коп.

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора	4
Раздел I. Официальные справочные материалы	
Инструкция о производстве судебномедицинской экспертизы в СССР	5
Глава I. Общие положения	5
Глава II. О судебномедицинских экспертах	11
Глава III. О районном, межрайонном и городском судебно-медицинских экспертах	14
Глава IV. О старшем городском, областном, краевом и республиканском судебномедицинских экспертах	16
Глава V. О главном судебномедицинском эксперте Министерства здравоохранения союзной республики	19
Глава VI. О главном судебномедицинском эксперте Министерства здравоохранения СССР	22
Глава VII. О судебномедицинских лабораториях	25
О правилах составления судебномедицинских документов	26
Инструкция о ведении медицинских архивов в лечебных учреждениях (Извлечение)	28
Правила составления заключения о тяжести повреждения	29
Таблица для определения процента постоянной утраты общей трудоспособности от несчастных случаев	34
Инструкция о порядке медицинского освидетельствования лиц, направляемых для установления состояния алкогольного опьянения	47
Акт медицинского освидетельствования для установления состояния алкогольного опьянения	48
Методические указания по диагностике алкогольного опьянения	51
Правила судебномедицинского исследования трупов	59
Инструкция о дополнительных мероприятиях, обязательных при вскрытии трупов новорожденных и детей первых недель и месяцев жизни	103
Инструкция Наркомздрава СССР от 1 июля 1939 г. за № 10. Об определении доношенности (зрелости) новорожденных	106
Приложение к Инструкции о взятии материала при вскрытии умерших от инфекционных заболеваний для последующего бактериологического исследования)	108
Инструкция о заполнении врачебного свидетельства о смерти.	110
О порядке изъятия, хранения и сдачи вещественных доказательств, ценностей и иного имущества органами расследования и судами (Извлечение)	117

Инструкция о порядке расследования и учета пищевых отравлений (Извлечение)	118
Порядок отбора материалов и направление их в лабораторию для исследования	122

Раздел II. Неофициальные справочные материалы

Некоторые рекомендации врачу при осмотре места происшествия	124
Особенности, на которые следует обращать внимание при осмотре места происшествия	126
Порядок изъятия предметов со следами крови, спермы, слюны и других выделений человека, а также волос	134
Определение времени наступления смерти	135
Дополнительные методы исследования и особенности вскрытия трупа при различных видах смерти	136
Дополнительные методы исследования при отдельных видах насильственной смерти	138
Предварительные судебнохимические пробы, проводимые при исследованиях биологического материала	141
Особенности вскрытия трупов при авиатравме	148
Особенности вскрытия трупов при автомобильной травме	150
Особенности вскрытия трупов, извлеченных из воды	154
Особенности вскрытия замерзших трупов	158
Исследование частей трупов	159
Составление патологоанатомического диагноза при судебно-медицинской экспертизе трупа	160
Данные о размерах и весе частей тела и внутренних органов	172
Длина костей, соответствующая различному росту	183
Определение роста по длинным трубчатым костям	184
Таблица средних размеров плода	187
Некоторые данные о развитии плода	188
Таблица роста	190
Таблица антропометрических данных	190
Изменения внешнего облика в зависимости от возраста	191
Определение степени тяжести телесных повреждений и формулировка заключения эксперта	192
О методике экспертизы рубцов кожи	195
Ориентировочные данные о внешних свойствах рубцов кожи различной давности	199
Ведущие симптомы отравлений некоторыми веществами	200
Клинические симптомы пищевых отравлений бактериального происхождения	206
Высшие смертельные дозы ядовитых (А) и сильнодействующих (Б) лекарственных и других веществ для взрослых	207
Материалы к экспертизе алкогольного опьянения	210
Зависимость степени опьянения от количественного содержания алкоголя в крови (по И. В. Скопину)	210
Определение количества алкоголя, находящегося в организме	211
Количество миллилитров 96% спирта, содержащегося в различных объемах спиртных напитков	213
Соотношение между весовыми и объемными единицами 96% спирта и объемными единицами 40% водки	214

Возможность обнаружения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе в зависимости от вида и количества спиртных напитков	214
Таблица результатов воздействия на реагент индикаторных трубок Мохова и Шинкаренко паров различных веществ	215
Рекомендации по забору крови, других жидкостей, органов и тканей для количественного определения алкоголя	216
Комплекс признаков словесного портрета	219
Материалы к экспертизе огнестрельных повреждений	221
Патроны боевого оружия (технические данные)	221
Сравнительные данные о характере отложения копоти при выстрелах на близком и на дальнем расстояниях	224
Признаки выстрела в упор и с близкого расстояния	225
Максимальные дистанции, при которых обнаруживаются отдельные признаки близкого выстрела на материалах одежды	227
Рассеивание дроби при выстрелах из ружей калибра «16» и «12» на различных дистанциях	227
Максимальные расстояния, при которых обнаруживаются отдельные следы близкого выстрела на материалах одежды (бязь белая), для дробовых ружей калибра «16» и «12»	228
Технические сведения об автомобилях, необходимые при судебно-медицинской экспертизе автомобильных происшествий	223
Наименование частей оружия и инструментов	235
Наименование частей одежды	240
Литература	249

ОТ РЕДАКТОРА

Необходимость в издании справочника по судебно-медицинской экспертизе, содержащего сведения, требующиеся судебно-медицинскому эксперту в повседневной работе, исключительно велика.

В этом справочнике собраны действующие в настоящее время постановления, положения, инструкции, методические указания, а также справочные сведения по экспертизе живых лиц, трупов и вещественных доказательств.

Справочник рассчитан не только на судебно-медицинских экспертов, но и на врачей широкого профиля, в том числе участковых врачей в сельских местностях, которые в порядке ст. 180 УПК РСФСР и соответствующих статей УПК других союзных республик привлекаются органами следствия и суда к исполнению обязанностей судебно-медицинского эксперта.

Первая часть справочника содержит официальные материалы. Во второй части помещены сведения, которые, по мнению авторов, должны облегчить осмотр, исследование и описание объектов исследования и составление заключения при экспертизе живого человека и трупа.

Справочник будет полезен также практическим работникам органов расследования и суда.

6 марта 1959 г.

Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР профессор М. АВДЕЕВ

РАЗДЕЛ I

ОФИЦИАЛЬНЫЕ СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ИНСТРУКЦИЯ О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СССР

Согласовано с Прокуратурой
СССР, Министерством юсти-
ции СССР, Министерством го-
сударственной безопасности
СССР

Утверждаю
Заместитель министра здраво-
охранения СССР
А. ШАБАНОВ
13 декабря 1952 г.

Глава I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Судебномедицинская экспертиза служит целям и задачам советского социалистического правосудия и осуществляется на основе и с соблюдением действующего в СССР уголовного и гражданского, уголовно-процессуального и гражданского процессуального законодательства, постановлений и распоряжений правительства, а также положений, правил, приказов и инструкций, издаваемых Министерством здравоохранения СССР.

В то же время судебномедицинская экспертиза имеет целью в пределах своих функций, прав и обязанностей всемерно содействовать здравоохранению в улучшении качества лечебной помощи населению, в борьбе за снижение заболеваемости и смертности, за оздоровление труда и быта и т. д.

Примечание. Судебнопсихиатрическая экспертиза не входит в компетенцию судебномедицинской экспертизы и осуществляется на основании «Инструкции о производстве судебнопсихиатрической экспертизы» от 17 февраля 1940 г., утвержденной

НКЗ СССР, НКЮ СССР, НКВД СССР и Прокуратурой СССР.

2. Судебномедицинская экспертиза во всех случаях производится только по предложению следственных и судебных органов.

3. Судебномедицинская экспертиза осуществляется:

а) районными, межрайонными, городскими судебно-медицинскими экспертами;

б) старшими городскими (в Москве и Ленинграде), областными, краевыми судебно-медицинскими экспертами, республиканскими судебно-медицинскими экспертами министерств здравоохранения АССР;

в) главными судебно-медицинскими экспертами министерств здравоохранения союзных республик;

г) главным судебно-медицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР.

4. Старшие городские (в Москве и Ленинграде), областные, краевые судебно-медицинские эксперты, республиканские судебно-медицинские эксперты министерств здравоохранения АССР и главные судебно-медицинские эксперты министерств здравоохранения союзных республик возглавляют соответствующие бюро судебно-медицинской экспертизы — учреждения судебно-медицинской экспертизы — и являются начальниками этих бюро.

5. Бюро судебно-медицинской экспертизы состоят в ведении органов здравоохранения и подчинены в административно-хозяйственном отношении руководителям соответствующих органов здравоохранения, а именно:

а) бюро городской (в Москве и Ленинграде) судебно-медицинской экспертизы — заведующему городским отделом здравоохранения;

б) бюро областной, краевой судебно-медицинской экспертизы — заведующему областным, краевым отделом здравоохранения;

в) бюро республиканской судебно-медицинской экспертизы — министру здравоохранения АССР или заместителю министра;

г) бюро главной судебно-медицинской экспертизы — министру здравоохранения союзной республики или первому заместителю министра.

Районные, межрайонные и городские судебно-медицинские эксперты входят в состав соответствующего бюро судебно-медицинской экспертизы и в административно.

хозяйственном отношении подчинены начальнику бюро судебно-медицинской экспертизы.

Главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР подчинен министру здравоохранения СССР или первому заместителю министра.

6. В научно-практическом и организационном отношении судебно-медицинские эксперты подчиняются вышестоящему руководителю судебно-медицинской экспертизы, а именно:

а) районные, межрайонные и городские судебно-медицинские эксперты — соответственно областному, краевому судебно-медицинским экспертам, республиканскому судебно-медицинскому эксперту министерства здравоохранения АССР, а также главному судебно-медицинскому эксперту министерства здравоохранения союзной республики, не имеющей областного деления; городские судебно-медицинские эксперты в Москве и Ленинграде — старшему городскому судебно-медицинскому эксперту;

б) старшие городские (в Москве и Ленинграде), областные, краевые судебно-медицинские эксперты и республиканские судебно-медицинские эксперты министерств здравоохранения АССР — главному судебно-медицинскому эксперту министерства здравоохранения союзной республики;

в) главные судебно-медицинские эксперты министерств здравоохранения союзных республик — главному судебно-медицинскому эксперту Министерства здравоохранения СССР.

7. В целях правильного функционирования бюро судебно-медицинской экспертизы органы здравоохранения обязаны обеспечивать судебно-медицинским экспертам необходимые условия работы: предоставлять им помещения для освидетельствования живых лиц, морги для исследования трупов, помещения для лабораторий со всем оборудованием, инструментарием, химикалиями, аппаратурой и т. д. и предоставлять в случае надобности транспортные средства, включая санитарные самолеты.

8. Органы прокуратуры принимают ближайшее участие в деле организации и улучшения работы бюро судебно-медицинской экспертизы, оказывая содействие в обеспечении условий для правильного его функционирования.

Органы следствия при вызове судебно-медицинского

эксперта для производства судебномедицинской экспертизы предоставляют ему транспортные средства в случае невозможности воспользоваться для проезда транспортом общего пользования (железная дорога, автобус и т. п.).

9. В компетенцию судебномедицинской экспертизы входят: производство судебномедицинского освидетельствования живых лиц, судебномедицинского исследования трупов, судебномедицинского и судебнохимического исследования вещественных доказательств, а также производство судебномедицинской экспертизы по материалам следственных и судебных дел.

10. Производство всех видов судебномедицинской экспертизы регулируется специально изданными правилами по каждому отдельному виду экспертиз.

11. Судебномедицинское исследование трупов производится в присутствии представителя следственных органов, для чего последний ставится в известность о времени исследования.

При других видах судебномедицинских экспертиз представители следственных органов присутствуют, если считают это необходимым, о чем ставят в известность судебномедицинского эксперта.

При неявке к назначенному сроку представителя следственных органов, если дальнейшее промедление может отрицательно повлиять на качество экспертизы, судебномедицинская экспертиза производится в его отсутствии.

12. Судебномедицинские экспертизы: а) по определению степени утраты трудоспособности; б) по делам о привлечении к уголовной ответственности работников медицинского персонала за профессиональные правонарушения; в) особо сложные экспертизы по материалам следственных и судебных дел должны производиться исключительно комиссионно, с участием соответствующих специалистов.

Особо сложные судебномедицинские исследования, как первичные, так и повторные, производятся комиссионно, в необходимых случаях с участием соответствующих специалистов.

П р и м е ч а н и е. Копии актов судебномедицинских экспертиз, указанных в подпунктах «б», «в», представляются вышестоящему судебномедицинско-

му эксперту немедленно после производства экспертизы.

13. О всяком освидетельствовании живых лиц, исследовании трупов и вещественных доказательств, а также при экспертизах по материалам следственных и судебных дел составляется акт судебно-медицинской экспертизы, а именно: а) акт судебно-медицинского освидетельствования (в отношении живого лица), б) акт судебно-медицинского исследования трупа, в) акт судебно-медицинского (или судебно-химического) исследования вещественных доказательств, г) акт судебно-медицинской экспертизы по материалам следственного (или судебного) дела.

Акт состоит из трех частей: введения, описательной части и заключения эксперта.

14. Во введении должно быть точно указано: а) время и место производства экспертизы; б) кто производит экспертизу; в) основание, по которому она производится; г) фамилия, имя, отчество, возраст, занятие, место жительства свидетельствуемого (исследуемого), а при исследовании вещественных доказательств или при экспертизе по материалам дела — наименование дела, фамилия, имя и отчество потерпевшего, обвиняемого; д) кто присутствует при производстве экспертизы; е) цель экспертизы или вопросы, поставленные эксперту; ж) основные «обстоятельства дела» или «предварительные сведения», полученные от следственных или судебных органов.

15. Описательная часть акта должна представлять подробное изложение хода экспертизы и всех найденных при этом фактических данных. Это изложение должно носить описательный характер (без установления диагнозов, без экспертных выводов).

16. Введение и описательная часть составляют протокол экспертизы (освидетельствования или исследования), который подписывают эксперт и присутствующие при производстве экспертизы.

17. Заключение должно содержать в себе обстоятельные, научно-обоснованные выводы, полностью вытекающие из данных произведенной экспертизы, с соответствующей мотивировкой, ответы на поставленные следственными или судебными органами вопросы, а также на вытекающие из материалов дела и данных экспертизы очевидные для эксперта вопросы, хотя бы они и не

были предложены следственными или судебными органами.

18. Категорически запрещается подменять судебно-медицинские акты различными краткими справками, выписками и тому подобными документами, равно как и употреблять для судебно-медицинских актов бланки анкетного типа.

19. Акт судебно-медицинской экспертизы передается или пересылается лицом, производившим экспертизу, по назначению не позднее 3 дней после производства экспертизы. Этот срок может быть удлинен экспертом при наличии уважительных причин, которые должны быть подробно изложены в конце заключения. Дубликат акта остается у эксперта.

20. При необходимости в специальном лабораторном исследовании (внутренних органов из трупа; вещественных доказательств, взятых при освидетельствовании живых лиц, при осмотре трупов с места происшествия и пр.) судебно-медицинский эксперт получает все необходимое: посуду, упаковочные материалы, консервирующие вещества и др. от органов здравоохранения и наблюдает за надлежащей укупоркой и опечатыванием взятых объектов, пересылка которых к месту исследования лежит на обязанности следственных и судебных органов.

21. При производстве судебно-медицинской экспертизы по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинского персонала за профессиональные правонарушения необходимо пользоваться медицинскими документами исключительно в подлинниках; в лечебных учреждениях остаются копии этих документов.

22. В целях правильного и научно обоснованного производства экспертизы надлежит использовать все доступные медицинские методы исследования и диагностики (обследование в стационарных лечебных учреждениях, рентгенологические и другие методы исследований, гистологические, бактериологические и другие лабораторные анализы).

23. Все медицинские учреждения и отдельные медицинские специалисты обязаны оказывать судебно-медицинским экспертам всемерное содействие при производстве экспертизы (производство анализов, консультация специалистов, участие в комиссиях и т. д.).

Глава II

О СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТАХ

24. Права, обязанности и ответственность судебно-медицинских экспертов и их отношения со следственными и судебными органами в процессе судебно-медицинской экспертизы определяются и регулируются на основе и с соблюдением действующего в СССР уголовного и гражданского, уголовно-процессуального и гражданского процессуального законодательства, постановлений и распоряжений правительства, а также положений, правил, приказов и инструкций, издаваемых Министерством здравоохранения СССР, и, в частности, настоящей «инструкции».

25. Судебно-медицинским экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача, получившее специальную судебно-медицинскую подготовку и занимающее штатную должность судебно-медицинского эксперта.

Примечания. 1. Права и обязанности судебно-медицинских экспертов присвоены профессорам, доцентам и ассистентам кафедр судебной медицины при производстве ими судебно-медицинского исследования трупов и освидетельствования живых лиц во время учебной или научной работы.

2. Теми же правами и обязанностями обладают и соответствующие категории работников Научно-исследовательского института судебной медицины Министерства здравоохранения СССР.

26. Судебно-медицинский эксперт является должностным лицом, несущим за нарушения в своей работе дисциплинарную, административную и судебную ответственность.

27. В случае отсутствия судебно-медицинского эксперта проведение экспертизы может быть возложено следственными или судебными органами на состоящего на государственной службе и не заинтересованного в результатах экспертизы ближайшего врача, который в этих случаях именуется «врач-эксперт».

28. Категорически воспрещается производство судебно-медицинской экспертизы другим лицам медицинского персонала, кроме врачей.

29. Судебно-медицинский эксперт не может производить экспертизу по делу и должен сам устранить себя от

участия в ней в случаях, если он является стороной или родственником какой-либо из сторон, если он или его родственники заинтересованы в исходе дела, а также в случаях, когда он участвовал в качестве свидетеля, представителя интересов потерпевшего или гражданского истца по делу.

30. Судебно-медицинский эксперт имеет право с разрешения следователя знакомиться с теми обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для дачи заключения.

Если эксперт находит, что предоставленные ему следственным или судебным органом материалы недостаточны для дачи заключения, он заявляет о невозможности дать заключение и указывает, какие именно материалы, документы, дополнительные исследования и др. ему необходимы для производства экспертизы.

В случае непредставления эксперту дополнительных данных он составляет акт, подробно объясняя в нем мотивы невозможности дать заключение.

31. Судебно-медицинский эксперт вправе в необходимых случаях с разрешения производящего расследование лица присутствовать при даче ему объяснений обвиняемыми и свидетелями по предложенным экспертом вопросам и задавать им дополнительные вопросы.

32. Если в производстве экспертизы участвуют несколько экспертов, то им ранее дачи заключения, по их заявлению, должна быть предоставлена возможность совещаться между собой.

33. Если эксперты пришли к единогласному выводу, то результаты экспертизы могут быть изложены одним из экспертов по их выбору в заключении, подписываемом всеми экспертами; в случае же разногласия между экспертами должны быть изложены каждым экспертом его выводы.

34. Заключение, данное экспертом (экспертами) в судебном заседании, после его устного изложения должно быть представлено затем экспертом (экспертами) в письменном виде.

35. Судебно-медицинский эксперт вправе требовать от следственных и судебных органов, чтобы ему была точно указана цель экспертизы и поставлены конкретные вопросы, по которым надлежит дать заключение.

При этом эксперт имеет право просить об уточнении

и разъяснении редакции предложенных ему вопросов и может отказаться от ответов на вопросы, выходящие за пределы его знаний или не входящие в компетенцию судебномедицинского эксперта.

36. В случае сложности экспертизы и необходимости решения специальных вопросов судебномедицинский эксперт вправе просить о приглашении для участия в экспертизе соответствующих специалистов и давать заключение совместно с ними.

37. Явившиеся в судебное заседание эксперты остаются в зале заседания, кроме тех случаев, когда суд по собственной инициативе или по ходатайству кого-либо из сторон признает необходимым удалить экспертов из зала заседания.

38. Судебномедицинский эксперт, приглашенный в суд, имеет право знакомиться с материалами дела и выписывать из него все необходимые для дачи заключения сведения.

В судебном заседании эксперт имеет право задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям в связи с производством судебномедицинской экспертизы.

39. В случае неправильного истолкования одной из сторон в судебном заседании данного экспертом заключения судебномедицинский эксперт обязан заявить суду на усмотрение о факте неправильного истолкования экспертизы.

40. За уклонение от явки по вызову следственных и судебных органов, оглашение без разрешения соответствующих органов данных расследования, а также данных, полученных при судебномедицинской экспертизе, дачу заведомо ложного заключения или отказ от дачи заключения, если он не вызван причинами, указанными в пп. 29, 30 и 35 настоящей инструкции, судебномедицинские эксперты несут уголовную ответственность.

41. Судебномедицинский эксперт обязан давать консультации по вопросам, подлежащим его ведению, работникам следственных и судебных органов.

42. Судебномедицинский эксперт обязан доводить до сведения соответствующих следственных и судебных органов о всех новых данных, выявленных при производстве экспертизы и не отраженных ранее в деле, а также в порядке личной инициативы обращать внимание следственных и судебных органов на обстоятельства и факты,

имеющие значение для расследования и судебного разбирательства.

43. Судебномедицинский эксперт вправе отказаться от выполнения порученных ему органами здравоохранения функций и отдельных заданий по линии здравоохранения (лечебная, санитарная и другие работы), не входящих в его обязанности как эксперта.

44. Судебномедицинский эксперт должен проходить курсы усовершенствования по судебной медицине не реже 1 раза в 5—6 лет.

45. Перевод на работу по другой специальности судебномедицинских экспертов, а также назначение врачей, получивших судебномедицинскую подготовку, на работу не по специальности не допускается без санкции управления кадров и главного судебномедицинского эксперта Министерства здравоохранения СССР.

46. В целях практического использования для общих задач здравоохранения данных и результатов экспертизы — в пределах, допускаемых законом, — судебномедицинский эксперт по согласованию с вышестоящим судебномедицинским экспертом:

а) изучает и разрабатывает материалы экспертиз, относящихся, например, к расхождению между клиническими и секционными диагнозами, к скоропостижной смерти, к бытовым отравлениям, к различным видам травматизма и т. д.;

б) активно участвует в работе органов здравоохранения за повышение качества лечебной работы, за снижение заболеваемости и смертности, а также в профилактике отравлений, несчастных случаев на производстве и транспорте и т. п.

47. Судебномедицинский эксперт ведет регистрационную ведомость о своей работе, составляет отчет по утвержденной форме и представляет его вышестоящему судебномедицинскому эксперту в установленные сроки.

Глава III

О РАЙОННОМ, МЕЖРАЙОННОМ И ГОРОДСКОМ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТАХ

48. Судебномедицинская экспертиза осуществляется в районах и городах районными, межрайонными и городскими судебномедицинскими экспертами.

Межрайонные судебно-медицинские эксперты обслуживают 2—3 района с учетом местных условий. В городах устанавливается один судебно-медицинский эксперт на 100 000 населения.

49. Назначение и увольнение районных, межрайонных и городских судебно-медицинских экспертов производятся начальником бюро судебно-медицинской экспертизы по согласованию с отделом кадров соответствующего органа здравоохранения.

Распределение районов обслуживания утверждается соответственно заведующим областным, краевым отделом здравоохранения или министром здравоохранения по представлению начальника бюро судебно-медицинской экспертизы.

50. В круг обязанностей районного, межрайонного и городского судебно-медицинских экспертов в пределах обслуживаемой территории входят:

а) организация и осуществление судебно-медицинской экспертизы;

б) инструктаж врачей по вопросам судебной медицины с целью повышения качества экспертизы, производимой врачами-экспертами;

в) выполнение отдельных заданий начальников бюро судебно-медицинской экспертизы по подчиненности;

г) участие в судебно-медицинских экспертных комиссиях бюро судебно-медицинской экспертизы;

д) проверка копий актов судебно-медицинских экспертиз, произведенных врачами-экспертами, с немедленным письменным извещением в необходимых случаях соответствующих следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительности данных акта экспертизы, составленного врачом-экспертом. В этих случаях копию акта экспертизы с копией своего письма судебно-медицинский эксперт направляет одновременно вышестоящему судебно-медицинскому эксперту;

е) консультации работников следственных и судебных органов по вопросам судебно-медицинской экспертизы.

51. Районный, межрайонный и городской судебно-медицинские эксперты имеют печати и штампы с надлежащими обозначениями.

Глава IV

О СТАРШЕМ ГОРОДСКОМ, ОБЛАСТНОМ, КРАЕВОМ И РЕСПУБЛИКАНСКОМ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТАХ

52. В целях объединения, организации и руководства судебномедицинской экспертизой в Москве и Ленинграде, в каждой области, крае и АССР, а также для контроля и проверки деятельности судебномедицинских экспертов, судебных химиков и состояния судебномедицинской экспертизы — состоят:

а) в Москве и Ленинграде — старший городской судебномедицинский эксперт; он же начальник бюро судебномедицинской экспертизы;

б) в области, крае — областной, краевой судебномедицинский эксперт; он же начальник бюро судебномедицинской экспертизы;

в) в АССР — республиканский судебномедицинский эксперт; он же начальник бюро судебномедицинской экспертизы.

53. Старший городской (в Москве и Ленинграде), областной, краевой и республиканский судебномедицинские эксперты назначаются и увольняются соответственно заведующим отделом здравоохранения или министром здравоохранения АССР, в ведении которого они состоят, по согласованию с управлением кадров и главным судебномедицинским экспертом министерства здравоохранения союзной республики.

54. К организационным и научно-практическим обязанностям старшего городского (в Москве и Ленинграде), областного, краевого и республиканского судебно-медицинских экспертов в пределах обслуживаемой территории относятся:

а) проведение в жизнь правительственных постановлений и распоряжений, ведомственных приказов, инструкций, правил и т. д., относящихся к судебномедицинской экспертизе, и проверка их исполнения на местах;

б) организация судебномедицинской экспертизы;

в) руководство всей деятельностью судебномедицинских экспертов;

г) контроль за работой судебномедицинских экспертов и судебных химиков путем личных выездов и коман-

дировок судебномедицинских экспертов на места для проверки и оказания практической помощи, затребования копий актов судебномедицинских и судебнохимических экспертиз и др.;

Примечание. При обнаружении факта неправильно произведенной экспертизы начальник соответствующего бюро судебномедицинской экспертизы обязан немедленно сообщать об этом следственному или судебному органу для разрешения вопроса о назначении новой экспертизы или дополнительных исследований.

д) проверка копий актов судебномедицинских экспертиз, в том числе произведенных врачами-экспертами, и судебнохимических экспертиз с немедленным извещением в необходимых случаях соответствующих следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительности данных акта экспертизы;

е) постановка перед руководителем соответствующего органа здравоохранения вопросов, связанных: 1) с плановым комплектованием судебномедицинской сети специалистами-экспертами путем специализации и усовершенствования врачей и химиков; 2) с обеспечением органами здравоохранения на местах необходимых условий работы судебномедицинских экспертов (помещения для освидетельствования живых лиц, морги со всем надлежащим оборудованием и др.); 3) с организацией судебно-медицинских лабораторий;

ж) прием на работу и увольнение всех сотрудников бюро судебномедицинской экспертизы;

Примечание. Прием на работу и увольнение судебномедицинских экспертов и судебных химиков производится по согласованию с отделом кадров соответствующего органа здравоохранения.

з) изучение кадров судебномедицинских экспертов и судебных химиков;

и) подбор кандидатов на курсы усовершенствования судебномедицинских экспертов и судебных химиков в соответствии с п. 44 настоящей инструкции;

к) выделение экспертов для производства новых экспертиз по требованию следственных и судебных органов;

л) организация краткосрочных курсов по повышению квалификации судебномедицинских экспертов;

м) участие в рассмотрении вопросов, связанных с переводом на работу по другой специальности судебно-медицинских экспертов, а также с назначением врачей, получивших судебно-медицинскую подготовку, на работу не по специальности;

н) организация совещаний по судебно-медицинской экспертизе по согласованию с руководителем соответствующего органа здравоохранения и с главным судебно-медицинским экспертом министерства здравоохранения союзной республики;

о) организация и проведение под своим председательством судебно-медицинских экспертиз по делам, требующим в соответствии с подпунктами «б», «в» п. 12 настоящей инструкции комиссионного производства экспертиз;

п) производство единолично или в необходимых случаях комиссионно сложных судебно-медицинских экспертиз по предложению следственных и судебных органов обслуживаемой территории;

р) инструктаж и консультации судебно-медицинских экспертов;

с) консультации работникам следственных и судебных органов по вопросам судебно-медицинской экспертизы;

т) изучение и разработка материалов судебно-медицинских и судебно-химических экспертиз.

55. О состоянии судебно-медицинской экспертизы и о плане мероприятий по ее укреплению и развитию старший городской (в Москве и Ленинграде), областной, краевой и республиканский судебно-медицинские эксперты делают ежегодные отчетные доклады на заседании медицинского совета соответствующего органа здравоохранения с приглашением представителей следственных и судебных органов. Копии доклада, плана мероприятий, решения медицинского совета и данные об исполнении решения представляются главному судебно-медицинскому эксперту министерства здравоохранения союзной республики.

56. Старший городской (в Москве и Ленинграде), областной, краевой и республиканский судебно-медицинские эксперты представляют главному судебно-медицинскому эксперту министерства здравоохранения союзной республики полугодовой и годовой отчеты по установленным формам.

57. Старший городской (в Москве и Ленинграде), об-

ластной, краевой и республиканский судебно-медицинские эксперты имеют гербовые печати и штампы с надлежащими обозначениями.

Глава V

О ГЛАВНОМ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОМ ЭКСПЕРТЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЮЗНОЙ РЕСПУБЛИКИ

58. В целях объединения, организации и руководства судебно-медицинской экспертизой в союзной республике, а также для контроля и проверки деятельности старших городских (в Москве и Ленинграде), областных, краевых и республиканских судебно-медицинских экспертов в союзной республике, имеющей областное деление, районных, межрайонных и городских судебно-медицинских экспертов и экспертов судебно-медицинских лабораторий в союзной республике, не имеющей областного деления, состоит главный судебно-медицинский эксперт министерства здравоохранения союзной республики; он же начальник бюро судебно-медицинской экспертизы.

59. К организационным и научно-практическим обязанностям главного судебно-медицинского эксперта министерства здравоохранения союзной республики в пределах обслуживаемой территории относятся:

а) проведение в жизнь правительственных постановлений и распоряжений, ведомственных приказов, инструкций, правил и т. д., относящихся к судебно-медицинской экспертизе, и проверка их исполнения на местах;

б) организация судебно-медицинской экспертизы;

в) руководство всей деятельностью судебно-медицинских экспертов;

г) контроль за работой начальников бюро судебно-медицинской экспертизы путем личных выездов и командировок судебно-медицинских экспертов и судебных химиков на места для проверки и оказания практической помощи, затребования копий актов судебно-медицинских и судебно-химических экспертиз и др.;

Примечание. При обнаружении факта неправильно произведенной экспертизы главный судебно-медицинский эксперт обязан немедленно сообщить об этом письменно соответствующему следственному или судебному органу для разрешения вопроса о на-

значении новой экспертизы или дополнительных исследований.

д) проверка копий актов судебномедицинских экспертиз в соответствии с примечанием к п. 12 настоящей инструкции с немедленным извещением в необходимых случаях соответствующих следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительности данных акта экспертизы;

е) постановка перед министром здравоохранения союзной республики вопросов связанных: 1) с плановым комплектованием судебномедицинской сети специалистами-экспертами путем специализации и усовершенствования врачей и химиков; 2) с обеспечением органами здравоохранения на местах необходимых условий работы судебномедицинских экспертов (помещения для освидетельствования живых лиц, морги со всем надлежащим оборудованием и др.); 3) с организацией судебномедицинских лабораторий;

ж) прием на работу и увольнение всех сотрудников бюро судебномедицинской экспертизы министерства здравоохранения союзной республики;

П р и м е ч а н и е. Прием на работу и увольнение судебномедицинских экспертов и судебных химиков производится по согласованию с управлением кадров министерства;

з) учет и изучение кадров судебномедицинских экспертов и судебных химиков;

и) участие в распределении кадров и укомплектовании судебномедицинской сети специалистами-экспертами;

к) утверждение и направление кандидатов на курсы усовершенствования судебномедицинских экспертов и судебных химиков; систематический контроль за выполнением п. 44 настоящей инструкции;

л) участие в рассмотрении кандидатур на должности республиканских, краевых, областных и старших городских (в Москве и Ленинграде) судебномедицинских экспертов;

П р и м е ч а н и е. Выполнение подпунктов «е», «ж», «з», «и» проводится через соответствующие управления министерства здравоохранения союзной республики.

м) участие в рассмотрении вопросов, связанных с переводом на работу по другой специальности судебноме-

дицинских экспертов, а также с назначением врачей, получивших судебномедицинскую подготовку, на работу не по специальности;

н) поручение любой судебномедицинской лаборатории выполнения лабораторной экспертизы, назначенной следственным или судебным органом;

о) организация и проведение республиканских съездов и совещаний судебномедицинских экспертов по согласованию с министром здравоохранения союзной республики и с главным судебномедицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР;

п) участие в разработке ведомственных приказов, относящихся к судебномедицинской экспертизе;

р) составление методических указаний по вопросам судебномедицинской экспертизы по согласованию с главным судебномедицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР;

с) организация и проведение под своим председательством судебномедицинских экспертиз по делам, требующим в соответствии с подпунктом «б», «в» п. 12 настоящей инструкции комиссионного производства экспертиз;

т) производство единолично или в необходимых случаях комиссионно особо сложных судебномедицинских экспертиз по предложению прокуратуры, верховного суда и министерства государственной безопасности союзной республики;

у) инструктаж и консультации судебномедицинских экспертов;

ф) консультации работников следственных и судебных органов по вопросам судебномедицинской экспертизы.

Примечание. На главного судебномедицинского эксперта министерства здравоохранения союзной республики, не имеющей областного деления, возлагается:

— выполнение подпункта «д» п. 54 взамен подпункта «д» п. 59;

— к подпункту «к» п. 59 — также и подбор кандидатов на курсы усовершенствования.

Выполнение подпункта «л» п. 59 не входит в круг обязанностей вышеуказанного главного судебно-медицинского эксперта.

60. Главный судебномедицинский эксперт министерства здравоохранения союзной республики делает ежегодные отчетные доклады о состоянии судебномедицинской экспертизы и о плане мероприятий по ее укреплению и развитию на заседании коллегии министерства здравоохранения союзной республики с приглашением представителей следственных и судебных органов.

Копии доклада, плана мероприятий, решения коллегии и данные об исполнении решения представляются главному судебномедицинскому эксперту Министерства здравоохранения СССР.

61. Главный судебномедицинский эксперт министерства здравоохранения союзной республики представляет главному судебномедицинскому эксперту Министерства здравоохранения СССР годовой отчет по установленной форме.

62. Главные судебномедицинские эксперты министерств здравоохранения союзных республик назначаются и увольняются министрами здравоохранения союзных республик по согласованию с главным судебномедицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР.

63. Главный судебномедицинский эксперт министерства здравоохранения союзной республики имеет гербовую печать и штамп с надлежащими обозначениями.

Глава VI

О ГЛАВНОМ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОМ ЭКСПЕРТЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

64. В целях объединения, плановой организации и единого руководства всей судебномедицинской экспертизой в СССР, а также для контроля и проверки деятельности главных судебномедицинских экспертов министерств здравоохранения союзных республик и состояния судебномедицинской экспертизы на местах — состоит главный судебномедицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР.

65. На главного судебномедицинского эксперта Министерства здравоохранения СССР в организационном и научно-практическом отношении на территории СССР возлагается:

а) проведение в жизнь правительственных постанов-

лений и распоряжений, ведомственных приказов, инструкций, правил и т. д., относящихся к судебно-медицинской экспертизе, и проверка их исполнения на местах;

б) организация судебно-медицинской экспертизы;

в) руководство деятельностью главных судебно-медицинских экспертов министерств здравоохранения союзных республик;

г) контроль за работой главных судебно-медицинских экспертов министерств здравоохранения союзных республик путем личных выездов и командировок судебно-медицинских экспертов и судебных химиков на места для проверки и оказания практической помощи; затребования копий актов судебно-медицинских и судебно-химических экспертиз и др.;

Примечание. При обнаружении факта неправильно произведенной экспертизы главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР обязан немедленно сообщить об этом письменно соответствующему следственному или судебному органу для разрешения вопроса о назначении новой экспертизы или дополнительных исследований.

д) проверка копий актов судебно-медицинских экспертиз в соответствии с примечанием к п. 12 настоящей инструкции с немедленным извещением в необходимых случаях соответствующих следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительности данных акта экспертизы;

е) постановка перед министром здравоохранения СССР вопросов, связанных: 1) с плановым комплектованием судебно-медицинской сети специалистами-экспертами путем специализации и усовершенствования врачей и химиков; 2) с обеспечением органами здравоохранения на местах необходимых условий работы судебно-медицинских экспертов (помещения для освидетельствования живых лиц, морги со всем надлежащим оборудованием и др.); 3) с организацией судебно-медицинских лабораторий;

ж) учет и изучение кадров судебно-медицинских экспертов и судебных химиков через управление кадров Министерства здравоохранения СССР;

з) участие в рассмотрении кандидатур на должности главных судебно-медицинских экспертов министерств здравоохранения союзных республик;

и) участие в рассмотрении вопросов, связанных с переводом на работу по другой специальности судебно-медицинских экспертов, а также с назначением врачей, получивших судебно-медицинскую подготовку, на работу не по специальности;

к) организация и проведение всесоюзных съездов и совещаний судебно-медицинских экспертов по согласованию с министром здравоохранения СССР;

л) разработка проектов приказов, инструкций и т. п., относящихся к судебно-медицинской экспертизе;

м) составление методических писем по вопросам судебно-медицинской и судебно-химической экспертизы и научным способам их производства;

н) организация и проведение под своим председательством судебно-медицинских экспертиз по делам, требующим в соответствии с подпунктами «б», «в» п. 12 настоящей инструкции комиссионного производства экспертиз;

о) производство единолично или в необходимых случаях комиссионно особо сложных судебно-медицинских экспертиз по предложению Прокуратуры СССР, Верховного Суда СССР и Министерства государственной безопасности СССР;

п) консультации всех судебно-медицинских экспертов;

р) консультации работникам следственных и судебных органов по вопросам судебно-медицинской экспертизы.

66. Главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР делает ежегодно отчетные доклады о состоянии судебно-медицинской экспертизы в СССР и о плане мероприятий по ее укреплению и развитию на заседании коллегии Министерства здравоохранения СССР с приглашением представителей следственных и судебных органов.

67. Главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР назначается и увольняется министром здравоохранения СССР.

В научно-практическом отношении главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР связан с Научно-исследовательским институтом судебной медицины Министерства здравоохранения СССР. Главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР осуществляет свою работу через аппарат Министерства здравоохранения СССР.

68. Главный судебномедицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР имеет гербовую печать и штамп с надлежащими обозначениями.

Глава VII

О СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ

69. Судебномедицинские лаборатории входят в состав бюро судебномедицинской экспертизы.

70. Судебномедицинские лаборатории состоят из двух отделений—судебномедицинского и судебнохимического и производят все исследования исключительно по требованию следственных и судебных органов.

71. В судебномедицинском отделении производятся судебномедицинские, гистологические, микрофотографические, рентгенологические, фотографические, бактериологические и другие исследования вещественных доказательств.

В судебнохимическом отделении производятся судебнохимические исследования вещественных доказательств.

72. Судебномедицинские лаборатории действуют, как правило, в каждой области, крае, АССР и союзной республике, не имеющей областного деления.

Примечание. В областях и АССР с небольшим объемом работы отдельные лаборатории не организуются, а исследование вещественных доказательств передается другим лабораториям по указанию министерств здравоохранения союзных республик.

73. Повторные, а также особо сложные первичные исследования вещественных доказательств производит исключительно по предложению следственных и судебных органов Научно-исследовательский институт судебной медицины Министерства здравоохранения СССР.

74. Судебномедицинские исследования вещественных доказательств производятся только врачами—судебно-медицинскими экспертами, получившими специальную подготовку.

75. Судебнохимические исследования вещественных доказательств производятся лицами, имеющими высшее фармацевтическое или высшее химическое образование и прошедшими специализацию по судебной химии.

76. Эксперты судебномедицинского и судебнохимического отделений лаборатории приравниваются в правах и обязанностях к судебномедицинским экспертам.

77. Ответственным за судебномедицинские и судебнохимические исследования (производство, выбор метода, заключение) является эксперт, непосредственно производивший исследование.

78. С изданием настоящей «Инструкции о производстве судебномедицинской экспертизы в СССР» отменяется «Положение о производстве судебномедицинской экспертизы» от 16 февраля 1934 г. за № 47/39.

О ПРАВИЛАХ СОСТАВЛЕНИЯ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Приказ Наркомздрава СССР от 27 декабря 1937 г. за № 1545¹

В Народный комиссариат здравоохранения Союза ССР поступают сведения от органов здравоохранения, Верховного Суда СССР и Прокуратуры СССР о нередко встречающихся случаях неправильного или явно небрежного и халатного составления судебномедицинских документов.

При исследовании трупов и живых лиц акты составляются с нарушением установленных правил: недопустимо кратко, небрежно, неразборчиво, вместо полного акта фиксируется только анатомический диагноз или заключение; судебно-следственным органам вместо подлинника (или дубликата) акта судебномедицинского исследования направляется выписка из него; практикуется применение печатных форм, составленных по типу анкеты; выводы врача-эксперта часто не мотивированы и не вытекают из данных произведенной им экспертизы, что особенно часто бывает при определении возраста, при установлении половой зрелости, изнасилования и др.

Отмечая исключительно важное судебно-следственное значение актов, составляемых при судебномедицинских и судебнохимических исследованиях, и недопустимость небрежного отношения к ним, приказываю народным комиссарам здравоохранения союзных республик обязать всех судебномедицинских экспертов и лабораторий, а также всех врачей, привлекаемых органами суда, прокуратуры и Народного комиссариата внутренних дел

¹ Справочник по организации здравоохранения. Медгиз, 1959.

для производства всех видов медицинской экспертизы, строго соблюдать следующие правила документации экспертизы.

1. О всяком освидетельствовании живого лица, исследовании трупов и вещественных доказательств составлять акт судебно-медицинского исследования; при экспертизах по следственным материалам (без исследования объекта) составлять акт судебно-медицинской экспертизы. Акты должны состоять из трех частей: введения, описательной части и заключения эксперта.

2. Во введении должно быть точно указано: а) кто производит экспертизу, б) основание, по которому она производится, в) время и место ее осуществления, г) фамилия, имя, отчество, возраст, занятие, место жительства свидетельствуемого (исследуемого), а в акте исследования вещественных доказательств или экспертизы по следственным материалам наименование дела, потерпевшего лица, обвиняемых, д) кто присутствует, е) цель экспертизы или вопросы, поставленные эксперту, ж) основные обстоятельства дела или предварительные сведения, полученные врачом-экспертом от следственных или судебных органов.

3. Описательная часть акта должна представлять подробное изложение хода экспертизы и всех найденных при этом фактических данных. Это изложение должно носить описательный характер (без установления диагнозов, без экспертных выводов).

4. Введение и описательная часть составляют протокол (освидетельствования или исследования), который подписывают эксперт и присутствующие при производстве экспертизы.

Примечание. Если судебно-следственные органы не требуют от эксперта заключения, то указанный документ называется протоколом судебно-медицинского исследования (освидетельствования). Акты амбулаторного судебно-медицинского исследования живых лиц для определения тяжести повреждений разрешается именовать судебно-медицинскими свидетельствами.

5. Заключение должно содержать в себе обстоятельные, строго научно обоснованные выводы, полностью вытекающие из данных произведенной экспертизы, с соответствующей мотивировкой, содержать ответы на все

поставленные судебносудственными органами вопросы, а также на вытекающие из материалов дела и данных экспертизы очевидные для эксперта вопросы, хотя бы они и не были предложены судебносудственными органами.

6. Категорически запрещается подменять судебно-медицинские акты и свидетельства различными краткими справками, выписками и тому подобными документами, составленными с нарушением правил и не содержащими описательной части, равно как запрещается употребление для судебно-медицинских актов бланков анкетного типа.

7. Контроль над исполнением настоящего распоряжения возлагается на главных судебно-медицинских экспертов союзных республик, на краевых, областных, республиканских и старших городских судебно-медицинских экспертов. Эти контролирующие лица обязаны при обнаружении нарушений в судебно-медицинской документации разъяснять экспертам врачам и химикам их ошибки и нарушения. В случаях, когда нарушения носят систематический характер и не устраняются после указанных разъяснений, материал о таких врачах с санкции народного комиссара здравоохранения союзной республики или заведующего краевым (областным) отделом здравоохранения передавать органам прокуратуры для привлечения к уголовной ответственности за халатное и небрежное отношение к обязанностям.

ИНСТРУКЦИЯ О ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ АРХИВОВ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

(Извлечение)

Утверждена приказом по Министерству здравоохранения
СССР от 1 октября 1949 г. за № 718

23. Истории болезни в медицинском архиве хранятся 25 лет (срок исчисляется со дня сдачи истории болезни в медицинский архив). По истечении 25 лет производится просмотр историй болезни, сданных в медицинский архив, экспертной комиссией лечебного учреждения для отбора на дальнейшее хранение наиболее ценных в научно-практическом значении историй болезни. Остальная документация хранится по срокам, устанавливаемым перечнем, после чего выделяется в макулатуру, согласно инструкции Главного архивного управления.

28. Выемка документов из дел и выдача архивных материалов из архива за пределы лечебного учреждения,

хотя бы и для временного пользования, запрещаются, за исключением тех случаев, когда такая выемка или выдача производится с ведома главного врача лечебного учреждения по требованиям:

- а) судебноследственных органов;
- б) судебномедицинской экспертизы;
- в) органов партийного и советского контроля;
- г) органов прокурорского надзора.

В таких случаях на место изъятых подлинников вкладываются заверенные заведующим архивом копии с документов с отметкой на них основания и даты выемки или выдачи и ссылкой на акт.

Примечание. Допускается также выемка для выдачи гражданам их личных документов (свидетельство об образовании, справка о трудовом стаже и т. д.), представленных гражданами в данное учреждение и почему-либо не полученных своевременно обратно, на что в каждом случае должно быть получено разрешение главного врача лечебного учреждения или его заместителя.

Выданные истории болезни отмечаются в графе «Примечание» журнала приема больных; прочая медицинская документация записывается в книгу выдачи.

ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ¹

Утверждены Наркомздравом и Наркомюстом РСФСР
27 января 1928 г.

1. Телесными повреждениями называются нарушения анатомической целостности или физиологической функции тканей и органов человеческого тела, вызванные механическими, физическими, химическими, инфекционными факторами или психическими инсультами.

2. Телесные повреждения делятся на смертельные и несмертельные.

3. Смертельными повреждениями следует признать только такие, которые в данном случае стоят в причинной связи со смертью, причем безразлично, вызвало ли повреждение смерть посредственно или непосредственно.

4. Безусловно смертельными повреждениями называются такие, которые всегда и у всех людей оканчивают-

¹ Бюллетень Наркомздрава, 1928, № 3.

ся смертью (разрыв сердца, разрушение продолговатого мозга и т. п.). Прочие повреждения, приведшие к смерти, признаются условно или случайно смертельными. Сюда относятся:

а) повреждения, вызвавшие смерть вследствие индивидуальных особенностей организма и бывших до повреждения болезненных состояний, например легкий толчок в грудь мог вызвать разрыв существовавшей аневризмы аорты;

б) повреждения, приведшие к смерти пострадавшего вследствие случайных внешних обстоятельств, при которых произошло повреждение, например получивший перелом в зимнее время и не бывший в состоянии дойти до своего дома умер от холода; случайной причиной, вызвавшей смерть, следует считать также инфекцию раны и вызванные ею септикопиемические процессы.

Примечания. 1. Ближайшими причинами смерти при травматических повреждениях могут быть: 1) уничтожение или грубое повреждение безусловно необходимых для жизни органов; 2) механические расстройства функций важных для жизни органов, например сдавление мозга или сердца кровью, излившейся в черепную коробку или сердечную сумку; 3) кровотечение наружу или в полость; 4) шок; 5) задушение, например кровью, попавшей в дыхательные пути от перерезанных сосудов шеи; 6) вторичные инфекционные заболевания, например травматические пороки сердца, тромбы и эмболии фибринными свертками, жировые и воздушные; 7) местные и общие заболевания вследствие присоединившейся инфекции, воспаление мозговых оболочек, травматическая пневмония, септикопиемия, столбняк и пр.

2. В некоторых случаях при исследовании трупа может обнаружиться, что смерть последовала не от повреждения, которое могло считаться смертельным, а от существовавшей ранее болезни, например в момент самопроизвольного и безусловно смертельного разрыва аневризмы аорты больной упал и получил от удара головой трещину черепа с кровоизлиянием в черепную полость.

5. При исследовании повреждений на трупе эксперту необходимо разрешить следующие вопросы:

а) было ли повреждение безусловно или случайно (условно) смертельным;

б) какая была ближайшая причина смерти;

в) какие именно из нескольких повреждений были причиной смерти;

г) какое из нескольких повреждений нанесено ранее других;

д) если одно из нескольких повреждений не могло само по себе причинить смерть, то не обусловили ли найденные повреждения смерть все вместе в своей совокупности;

е) были ли повреждения причиной смерти и не произошли ли они случайно во время агонии перед наступлением смерти от других причин или даже после смерти.

6. При несмертельных повреждениях эксперт должен определить:

а) характер повреждения с медицинской точки зрения (рана, ушиб, перелом и т. п.);

б) время нанесения повреждения;

в) важность повреждения для здоровья и опасность его для жизни;

г) течение процесса заживления;

д) излечимость повреждения и обычный исход его;

е) конституцию данного организма и индивидуальные свойства;

ж) профессиональные особенности лица, подлежащего освидетельствованию; временную или стойкую потерю трудоспособности.

7. Эксперт обязан определить тяжесть повреждения согласно принятой в Уголовном кодексе классификации. В Уголовном кодексе РСФСР телесные повреждения разделяются на: 1) тяжкие, 2) легкие, не опасные для жизни, но причинившие расстройство здоровья, 3) легкие, не причинившие расстройства здоровья.

8. К тяжким повреждениям следует отнести такие, которые по характеру своему опасны для жизни или повлекли за собой полную потерю функций какого-либо важного органа, как зрение, слух, руки, ноги, производительной способности, неизгладимое обезображение лица, душевную болезнь или иное расстройство здоровья, соединенное с потерей трудоспособности не ниже чем на одну треть.

Примечания. 1. Под потерей зрения и слуха нужно разуметь не только полную и неизлечимую слепоту или глухоту, но и такое состояние, когда потерпевший не может различить очертания близких предметов или не может слышать громкой речи на очень близком расстоянии. 2. Под потерей языка нужно разуметь неизлечимую потерю способности речи, т. е. способности выражать свои мысли сочлененными звуками, понятными для окружающих. 3. К потере руки или ноги относятся как случаи совершенного отделения руки или ноги от тела, так и случаи приведения их в состояние недейтельности. 4. К потере производительной способности должна относиться как потеря способности к совокуплению, так и потеря способности к оплодотворению, зачатию или рождению. 5. При разрешении вопроса, имеет ли место в данном случае неизгладимое обезображение лица, задача эксперта заключается лишь в том, чтобы выяснить изгладимо ли, т. е. излечимо или поправимо, повреждение, обуславливающее обезображение лица, но в какой мере повреждение обезображивает лицо у данного индивидуума, должно быть решено судьей, а не врачом. 6. При определении потери трудоспособности пользуются установленными группами инвалидности. В случаях необходимости большей детализации в определении процента пользуются принятыми в медицине таблицами.

9. К легким телесным повреждениям, не опасным для жизни, но причинившим расстройство здоровья, следует отнести такие, которые повлекли за собой или постоянную утрату трудоспособности менее чем на одну треть, или длительное нарушение функции какого-нибудь органа, или какие-либо заболевания, длительные, но не опасные для жизни.

Примечание. Под словами «нарушение функции какого-либо органа» следует понимать ослабление функции органов, например зрения, слуха, речи, ноги или руки, но не полную потерю их.

10. К легким телесным повреждениям, не причинившим расстройства здоровья, следует отнести такие, которые повлекли за собой кратковременную утрату трудоспособности или кратковременное ослабление функции

какого-либо органа, или какое-либо незначительное скоропроходящее заболевание.

11. Термины «побой», «истязания» и «мучения» определяют не вид повреждений, а их происхождение или способ нанесения. Под «побоями» понимают множественные удары; под «истязаниями» — сечение розгами, щипание или другие действия, рассчитанные на причинение особенной боли. «Мучениями» называют действия, причиняющие жертве страдания путем лишения пищи, тепла, питья и свободы способом, опасным для жизни или здоровья лишенного свободы, и т. п.

12. При всех повреждениях, как смертельных, так и несмертельных, эксперту необходимо дать свое заключение, каким орудием или средством нанесено повреждение или каким способом оно произошло.

Примечание. Желательно, чтобы эксперт по возможности воспроизвел объективную картину происхождения повреждения, для чего требуется обстоятельное знакомство со всей обстановкой происшествия.

13. Эксперт обязан также определить, была ли смерть последствием тяжкого или легкого повреждения и не было ли тяжкое расстройство в организме последствием легкого повреждения.

14. Если не представляется возможным точно предсказать, каков у свидетельствуемого будет исход повреждения, и в связи с этим затруднительно определить степень тяжести последнего, то эксперт обязан заявить об этом в своем заключении и указать приблизительно срок, по истечении которого необходимо вторичное освидетельствование пострадавшего.

15. В сложных и неясных случаях эксперт может в заключении ограничиться определением свойств повреждения, каким орудием, средством или способом оно нанесено, давности повреждения, влияния его на здоровье и опасности для жизни в данное время.

16. При невозможности составления определенного заключения ввиду специальных особенностей повреждения эксперт может требовать приглашения для участия в экспертизе надлежащих медицинских специалистов.

17. С изданием настоящих правил отменяются правила, изданные Наркомздравом и Наркомюстом РСФСР от 16 ноября 1922 г.

ТАБЛИЦА¹

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОЦЕНТА ПОСТОЯННОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ²

	Процент утраты трудоспособности
I. ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА	
Ст. 1. Стойкие тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга): душевные расстройства, слабоумие, частые эпилептические припадки, параличи, атаксия, афазия, апраксия, агнозия, нарушение схемы тела, значительные вестибулярные расстройства.	100
Ст. 2. Стойкие, но менее тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга): расстройство объема движений и силы в конечностях, нарушение координации, гиперкинезы, значительное расстройство тонуса, эпилептические припадки, значительное ослабление памяти, интеллекта, слабодушие.	От 70 до 90
Ст. 3. Остаточные явления после сотрясения (контузии) головного мозга: органическое поражение черепномозговых нервов, посткоммоционный невроз при наличии стойких резидуальных явлений после лечения, гормональная дисфункция, нарушение обмена, нечастые эпилептические припадки, нечастые, пароксизмальные синдромы, вестибулярные кризы, расстройство специальных органов чувств — обоняния, вкуса.	От 30 до 60
Ст. 4. Незначительные остаточные явления после сотрясения мозга (без нарушения целостности костей черепа), сопровождающиеся все же объективными признаками: сглаженностью	

¹ Извлечение из Инструкции о порядке врачебного освидетельствования страхователей от 11 декабря 1956 г. за № 446, утвержденной заместителем министра финансов СССР.

² Для установления тяжести телесного повреждения при наличии постоянной утраты трудоспособности необходимо определить ее размер. Так как в судебной медицине отсутствуют точно разработанные критерии для суждения о размере потери трудоспособности при том или ином повреждении, некоторые авторы (М. И. Авдеев) рекомендуют для этих целей пользоваться таблицей для определения процента постоянной утраты общей трудоспособности от несчастных случаев.

носогубной складки, неравенством глазных щелей и др.	
Ст. 5. Остаточные явления после ушиба головы, не подтвержденные объективными признаками при освидетельствовании, но установленные данными динамического наблюдения пострадавшего в лечебном учреждении после несчастного случая: упорные головные боли, головокружения, раздражительность, повышенная утомляемость, расстройство сна, потливость, вегетативные симптомы и др.	От 15 до 25
Ст. 6. Последствия повреждений спинного мозга или его оболочек, сопровождающиеся нарушением функции конечностей, расстройством тазовых органов:	
в легкой степени	10
в средней степени	20
в сильной степени	40
Ст. 7. Травматический радикулит	От 60 до 100
Ст. 8. Последствия повреждений периферических нервов, сопровождающиеся нарушением двигательных функций, расстройством кожной чувствительности, атрофией мышц:	От 10 до 25
в легкой степени	20
в средней степени	40
в сильной степени	60
II. ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ	
Ст. 9. (См. табл. 1).	
Ст. 10. Паралич аккомодации:	
одного глаза	15
обоих глаз	35
Ст. 11. Одноименная гемианопсия (правая и левая или верхняя и нижняя)	35
Ст. 12. Концентрическое сужение поля зрения:	
в одном глазу { при сужении поля зрения до 60°	10
{ при сужении поля зрения до 30°	20
{ при полном сужении поля зрения или до 5°	35
в обоих глазах { при сужении поля зрения до 60°	20
{ при сужении поля зрения до 30°	45
{ при полном сужении поля зрения или до 5°	100
Ст. 13. Птоз (опущение века) и другие параличи:	
одного глаза { в средней степени	10
{ в сильной степени	20
обоих глаз { в средней степени	25
{ в сильной степени	50

II. ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ

Таблица 1

Ст. 9. При понижении остроты зрения процент утраты трудоспособности определяется по следующей таблице

Острота зрения правого глаза	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	Ниже 0,1	0,0
	Процент утраты трудоспособности											
Острота зрения левого глаза	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	Ниже 0,1	0,0
1,0	0	5	5	5	5	10	10	15	20	25	30	35
0,9	5	5	5	5	10	10	15	15	20	30	35	40
0,8	5	5	5	10	10	15	15	20	25	30	35	40
0,7	5	5	10	10	15	15	20	20	25	35	40	45
0,6	5	10	10	15	15	20	20	25	30	35	40	45
0,5	10	10	15	15	20	20	25	30	35	40	45	50
0,4	10	15	15	20	20	25	30	35	40	45	50	55
0,3	15	15	20	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,2	20	20	25	25	30	35	40	45	55	60	65	70
0,1	25	30	30	35	35	40	45	50	60	75	80	85
Ниже 0,1	30	35	35	40	40	45	50	55	65	80	85	90
0,0	35	40	40	45	45	50	55	60	70	85	90	100

Примечание. К полной слепоте (0,0) приравнивается понижение зрения до светоощущения (счет пальцев у лица).

		Процент утраты трудоспособности
Ст. 14. Дефект век, мешающий закрытию глаз- ной щели:		
одного глаза	в средней степени	10
	в сильной степени	20
обоих глаз	в средней степени	30
	в сильной степени	60
Ст. 15. Неполное сращение век, мешающее дви- жению глаз:		
одного глаза		15
обоих глаз		35
Ст. 16. Пульсирующий экзофтальм:		
	в легкой степени	50
	в средней степени	75
	в сильной степени	100
Ст. 17. Хронический травматический конъюнк- тивит		10

III. ОРГАНЫ СЛУХА

Ст. 18. При понижении слуха процент утраты трудоспособности определяется по следующей таблице

Состояние слуха правого уха Состояние слуха левого уха	Нор- маль- ный слух	Понижен- ный слух в средней степени (шепотная речь на рас- стоянии не больше 1 м)	Пони- женный слух в сильной степени (шепот- ная речь 0)	Полная глухота
	процент утраты трудоспособности			
Нормальный слух	0	5	10	15
Пониженный слух в средней степени (шепотная речь на расстоянии не больше 1 м)	5	15	20	25
Пониженный слух в сильной степени (шепотная речь 0)	10	20	30	35
Полная глухота	15	25	35	50

Ст. 19. Хроническое гнойное воспаление среднего уха типа мезотимпанита

15

Ст. 20. То же типа эптитимпанита или эптитимпанит, осложненный холестеатомой, грануляциями

25

Ст. 21. Объективные нарушения вестибулярной функции:

10

в легкой степени
в средней степени
в сильной степени

40

70

- Ст. 22. Потеря одной ушной раковины
Потеря обеих ушных раковин

10
20

IV. ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ, ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

- Ст. 23. Потеря носа или части его

От 10 до 30

- Ст. 24. Нарушение носового дыхания (перелом
костей носа, сращение и др.):

в легкой степени

10

в средней степени

20

в сильной степени

30

- Ст. 25. Гнойное заболевание придаточных поло-
стей носа

От 15 до 25

- Ст. 26. Афония (потеря голоса)

25

- Ст. 27. Повреждение гортани, сопровождающееся
нарушением функции:

в легкой степени

25

в средней степени

50

в сильной степени (при постоянном
ношении трахеотомической трубки)

70

- Ст. 28. Потеря речи от повреждения голосовых
связок и органов речи

40

- Ст. 29. Затруднение речи

15

- Ст. 30. Уменьшение подвижности грудной клетки
вследствие различных повреждений ее
(перелом ребер, рубцы):

в легкой степени

5

в средней степени

15

в сильной степени

30

- Ст. 31. Деформация грудной клетки, резко выра-
женная

40

- Ст. 32. Стойкие остаточные явления после трав-
матического плеврита, уменьшение дыха-
тельных движений легкого, уменьшение
дыхательной поверхности вследствие сра-
щения с окружающими частями, спадения
и пр.:

в легкой степени

15

в средней степени

30

в сильной степени

60

- Ст. 33. Хроническое заболевание легочной ткани
и плевры в зависимости от тяжести по-
ражения

От 25 до 100

V. ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- Ст. 34. Органические болезни сердца, оболочек
его и сосудов в зависимости от степени
нарушения функций

От 25 до 100

VI. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Ст. 35. Сужение рта, повреждение верхней или нижней челюсти, образование слюнной фистулы, сопровождающиеся функциональными расстройствами:

в легкой степени	15
в средней степени	30
в сильной степени	50

Ст. 36. Потеря зубов (в момент несчастного случая или непосредственно после травмы, когда потребовалось срочное удаление зубов):

от 2 до 4 зубов	5
от 5 до 8 зубов	10
свыше 8 зубов	15

Ст. 37. Повреждения и заболевания органов пищеварения, сопровождающиеся нарушением отправления и упадком питания (сужение пищевода, хронические перитониты, болезни печени, удаление желчного пузыря и т. п.)

От 25 до 100
25

Ст. 38. Выпадение прямой кишки

Ст. 39. Последствия ущемления грыжи в результате несчастного случая или чрезмерного физического усилия, потребовавшего оказания неотложной медицинской помощи

От 25 до 50

VII. КРОВОТВОРНЫЕ ОРГАНЫ

Ст. 40. Удаление селезенки

40

VIII. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Ст. 41. Хронические заболевания почек

От 25 до 50

Ст. 42. Хронические заболевания почечных лоханок и мочеточников

От 15 до 40
50

Ст. 43. Удаление одной почки

15

Ст. 44. Патологическая подвижность почки

Ст. 45. Расстройство мочеиспускания вследствие повреждения в области мочеполовых органов:

в легкой степени	15
в средней степени	30
в сильной степени	50

Ст. 46. Мочевые свищи

Ст. 47. Последствия повреждения половых органов

От 15 до 50

IX. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И МЫШЦЫ

Ст. 48. Обезображивающие лицо рубцы

10

		Процент утраты трудоспособности	
Ст. 49. Последствия ожогов и различных повреждений, сопровождающиеся образованием обширных рубцов, разрывом мышц, расхождением краев мышц и т. п.		От 10 до 50	
Х. ОРГАНЫ ОПОРЫ И ДВИЖЕНИЙ			
Позвоночник			
Ст. 50. Повреждения позвоночника, сопровождающиеся ограничением подвижности:			
в легкой степени		20	
в средней степени		40	
в сильной степени		60	
Таз			
Ст. 51. Последствия повреждений таза (переломы костей таза, разрывы лонного, крестцово-подвздошного сочленений и т. п.), сопровождающиеся нарушением функций нижних конечностей:			
в легкой степени		15	
в средней степени		30	
в сильной степени		60	
		Процент утраты трудоспособности	
		правой руки	левой руки ¹
Верхние конечности			
Большой палец			
Ст. 52. Дефекты мягких тканей ногтевой фаланги		10	5
Ст. 53. Потеря ногтевой фаланги		15	10
Ст. 54. Потеря ногтевой фаланги с половиной основной		20	15
Ст. 55. Потеря обеих фаланг		25	20
Ст. 56. Потеря обеих фаланг с пястной костью		30	25
Ст. 57. Неподвижность пястно-фалангового или пястно-запястного сустава		15	10
Ст. 58. Неподвижность межфалангового сустава		10	5
Ст. 59. Неподвижность каких-либо двух суставов		20	15
Ст. 60. Неподвижность всех трех суставов		30	25
Ст. 61. Тугоподвижность большого пальца		10	5

¹ Повреждения единственной левой руки приравниваются к повреждениям правой руки.

Продолжение

	Процент утраты трудоспособности	
	правой руки	левой руки
Ст. 62. Контрактура большого пальца:		
в средней степени	20	15
в сильной степени	30	25
Указательный палец		
Ст. 63. Дефекты мягких тканей ногтевой фаланги	5	5
Ст. 64. Потеря ногтевой фаланги	10	5
Ст. 65. Потеря ногтевой и средней фаланг	15	10
Ст. 66. Потеря всех трех фаланг	20	15
Ст. 67. Потеря всех трех фаланг с пястной костью	25	20
Ст. 68. Неподвижность пястно-фалангового сустава	15	10
Ст. 69. Неподвижность первого межфалангового сустава	10	5
Ст. 70. Неподвижность второго межфалангового сустава	5	5
Ст. 71. Неподвижность пястно-фалангового и первого межфалангового суставов	20	15
Ст. 72. Неподвижность пястно-фалангового и второго межфалангового или первого и второго межфаланговых суставов	15	10
Ст. 73. Неподвижность всех суставов	25	20
Ст. 74. Тугоподвижность указательного пальца	10	5
Ст. 75. Контрактура указательного пальца:		
в средней степени	15	10
в сильной степени	25	20
Средний, безымянный палец или мизинец		
Ст. 76. Потеря ногтевой фаланги	5	5
Ст. 77. Потеря ногтевой и средней фаланг	10	5
Ст. 78. Потеря одного из этих пальцев	10	10
Ст. 79. То же вместе с пястной костью	15	10
Ст. 80. Неподвижность пястнофалангового или первого межфалангового сустава	10	5
Ст. 81. Неподвижность второго межфалангового сустава	5	5
Ст. 82. Неподвижность пястно-фалангового и второго межфалангового или первого и второго межфаланговых суставов	10	5
Ст. 83. Неподвижность всех суставов или пястно-фалангового и первого межфалангового суставов	15	10
Ст. 84. Тугоподвижность одного из этих пальцев	5	5

	Процент утраты трудоспособности	
	правой руки	левой руки
Ст. 85. Контрактура одного из этих пальцев:		
в средней степени	10	5
в сильной степени	15	10
Примечания. 1. Потеря части какой-либо фаланги приравнивается к полной потере этой фаланги.		
2. Тугоподвижность пальца в каком-либо суставе приравнивается к тугоподвижности всего пальца.		
Несколько пальцев одной руки		
Ст. 86. Потеря двух пальцев одной руки:		
а) большого и указательного	50	40
б) большого со средним или с безымянным, или с мизинцем	40	30
в) указательного со средним или с безымянным, или с мизинцем	35	25
г) среднего с безымянным или с мизинцем, или безымянного с мизинцем	20	15
Примечание. Потеря ногтевых и средних фаланг двух и больше пальцев приравнивается к потере целых пальцев.		
Ст. 87. Потеря трех пальцев одной руки:		
а) большого и указательного со средним или безымянным, или с мизинцем	60	50
б) большого и среднего с безымянным или мизинцем, или большого, безымянного и мизинца	50	40
в) указательного и среднего с безымянным или мизинцем, или указательного, безымянного и мизинца	45	35
г) среднего, безымянного и мизинца	30	25
Ст. 88. Потеря четырех пальцев одной руки:		
а) большого и указательного с двумя другими пальцами	65	50
б) большого, среднего, безымянного и мизинца	60	50
в) указательного, среднего, безымянного и мизинца	55	45
Ст. 89. Потеря всех пальцев одной руки	75	60
Ст. 90. Неподвижность всех пальцев одной руки	65	55
Ст. 91. Тугоподвижность всех пальцев одной руки	35	20
Ст. 92. Контрактура всех пальцев одной руки:		
в средней степени	50	40
в сильной степени	60	50

	Процент утраты трудоспособности	
	правой руки	левой руки
Кисть		
Ст. 93. Потеря кисти	75	60
Ст. 94. Неподвижность лучезапястного сустава .	40	30
Ст. 95. Ограничение движений в лучезапястном суставе:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	15	10
в сильной степени	20	15
Ст. 96. Последствия переломов пястных костей, сопровождающиеся нарушением функции кисти или пальцев:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	20	15
в сильной степени	30	25
Предплечье		
Ст. 97. Потеря предплечья	75	60
Ст. 98. Неподвижность локтевого сустава в согнутом под острым или разогнутым под тупым углом положении	50	40
Ст. 99. Неподвижность локтевого сустава в согнутом под прямым углом положении	40	30
Ст. 100. Неподвижность локтевого и лучезапястного суставов	55	45
Ст. 101. Болтающийся локтевой сустав	60	50
Ст. 102. Ограничение движений в локтевом суставе:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	20	15
Ст. 103. Ограничение движений в локтевом и лучезапястном суставах	30	25
Ст. 104. Ограничение пронационных или супинационных движений предплечья:		
в средней степени	15	10
в сильной степени	25	20
Ст. 105. Ложный сустав локтевой и лучевой костей	50	40
Ст. 106. Ложный сустав одной из костей предплечья	40	30
Плечо		
Ст. 107. Потеря плеча	75	60
Ст. 108. Неподвижность в плечевом суставе	60	50
Ст. 109. Болтающийся плечевой сустав	65	50
Ст. 110. Ложный сустав плеча	65	50

Продолжение

	Процент утраты трудоспособности	
	правой руки	левой руки
Ст. 111. Ограничение движений в плечевом суставе:		
в легкой степени	15	10
в средней степени	25	20
в сильной степени	40	30
Ст. 112. Последствия перелома ключицы или лопатки, сопровождающиеся ограничением движений руки:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	20	15
Ст. 113. Привычный вывих плеча	25	20
Примечание. Процент утраты трудоспособности определяется лишь при привычном вывихе, который образовался у застрахованного впервые в результате несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования. При рецидивах привычного вывиха процент утраты трудоспособности не определяется.		

	Процент утраты трудоспособности
Ст. 114. Потеря обеих рук или кистей	100
Нижние конечности	
Пальцы	
Ст. 115. Потеря ногтевой фаланги большого пальца	10
Ст. 116. Стойкое нарушение функции большого пальца после перелома его:	
в легкой степени	5
в средней степени	10
в сильной степени	15
Ст. 117. Потеря большого пальца	15
Ст. 118. Потеря какого-либо иного пальца	5
Примечание. Потеря ногтевой фаланги одного или двух пальцев (кроме большого), а также нарушение функции указанных пальцев приравниваются к потере одного из этих пальцев	
Ст. 119. Потеря всех пальцев одной стопы	25
Ст. 120. Потеря всех пальцев одной стопы с дистальными головками плюсневых костей	50

	Процент утраты трудоспособности
Стопа	
Ст. 121. Потеря стопы на разных уровнях — от голеностопного до плюсне-предплюсневых суставов	60
Ст. 122. Потеря стопы на уровне плюсне-предплюсневых суставов	40
Ст. 123. Неподвижность голеностопного сустава в функционально выгодном положении (под прямым углом)	30
Ст. 124. Неподвижность голеностопного сустава в каком-либо ином положении	45
Ст. 125. Болтающийся голеностопный сустав	45
Ст. 126. Ограничение движений в голеностопном суставе:	10
в легкой степени	15
в средней степени	20
в сильной степени	20
Ст. 127. Последствия перелома костей предплюсны, а также пяточной кости:	10
в легкой степени	20
в средней степени	40
в сильной степени	40
Ст. 128. Последствия перелома плюсневых костей, сопровождающиеся нарушением статики или постоянным болевым синдромом	От 5 до 15
Голень	
Ст. 129. Потеря голени	60
Ст. 130. Неподвижность коленного сустава в разогнутом (под углом 180°) положении	45
Ст. 131. Неподвижность коленного сустава в согнутом положении	50
Ст. 132. Болтающийся коленный сустав	60
Ст. 133. Ограничение движений в коленном суставе:	10
в легкой степени	20
в средней степени	40
в сильной степени	40
Ст. 134. Стойкие нарушения функций конечности после перелома костей голени:	10
в легкой степени	20
в средней степени	40
в сильной степени	40

	Процент утраты трудоспособности
Ст. 135. Хронические нагноительные процессы го- лени при наличии незаживающих свищей или язв:	
в легкой степени	10
в средней степени	20
в сильной степени	40
Ст. 136. Несросшийся перелом (ложный сустав) обеих костей голени	60
Ст. 137. Несросшийся перелом (ложный сустав) большеберцовой кости	50
Бедро	
Ст. 138. Потеря бедра на уровне верхней трети	70
Ст. 139. Потеря бедра на уровне средней или нижней трети	60
Ст. 140. Неподвижность тазобедренного сустава в разогнутом положении (под углом 180°)	50
Ст. 141. Неподвижность тазобедренного сустава в согнутом положении	60
Ст. 142. Ограничение движений в тазобедренном суставе:	
в легкой степени	30
в средней степени	40
Ст. 143. Последствия перелома бедра, сопровож- дающиеся нарушением функции конеч- ностей:	
в легкой степени	20
в средней степени	30
в сильной степени	40
Ст. 144. Несросшийся перелом (ложный сустав) бедра	70
Ст. 145. Последствия повреждений нижней ко- нечности, сопровождающиеся тромбо- флебитом, расстройством лимфообраще- ния и т. п.:	
в легкой степени	10
в средней степени	30
в сильной степени	50

Примечание. Полные параличи конечно-
стей приравниваются к потере их. К полной по-
тере приравнивается также невозможность поль-
зования поврежденной конечностью вследствие
множественного поражения суставов (анкилозы,
резко выраженные контрактуры), хронических
изъязвлений, недостаточного прикрытия концов
костей после ампутации.

ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЦ, НАПРАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Приложение 1

к приказу по Министерству здравоохранения СССР
от 22 ноября 1954 г. за № 523

1. Медицинское освидетельствование лиц, подозреваемых в опьянении при исполнении служебных обязанностей или во время совершения правонарушений, производится по направлению административных, следственных и судебных органов, а также руководителей учреждений и предприятий.

2. Медицинское освидетельствование вышеуказанных лиц производится врачами-психиатрами или невропатологами, а в случае их отсутствия — врачами других специальностей.

3. Освидетельствование должно производиться в любое время суток медицинским персоналом, перечисленным в предыдущем пункте.

4. В направлении на медицинское освидетельствование обязательно указывается, когда направление было выдано (дата, час), и приводятся данные, вызвавшие подозрение в опьянении.

5. Врач обязан удостовериться в личности испытуемого путем ознакомления с его личными документами (паспорт, удостоверение личности и т. п.).

Отсутствие личных документов не служит основанием к тому, чтобы не производить освидетельствования.

6. Врач составляет акт медицинского освидетельствования испытуемого по установленной форме. В акте медицинского освидетельствования отражаются исчерпывающие данные о внешнем виде испытуемого, поведении, нарушении сознания, ориентировки, памяти и речи, состоянии неврологической и соматической сферы. Кроме того, следует отметить запах алкоголя и при возможности указать результаты лабораторных исследований (являющихся не основным, а лишь подсобным методом диагностики).

7. Отсутствие бланков актов медицинского обследования не может служить причиной отказа в освидетельствовании.

8. В составленном заключении указывается, имеется ли у испытуемого опьянение, если да, то в какой степени, или же имеется похмельное состояние, нет ли признаков патологического опьянения и т. п. В тех случаях, когда налицо явные признаки опьянения, обследование возможно в сокращенном виде.

9. Лицам, доставившим свидетельствуемого для определения алкогольного опьянения, выдается на руки акт медицинского освидетельствования.

Дубликат акта остается в медицинском учреждении, где произведено освидетельствование, и хранится в делах учреждения наравне с историями болезни и другими медицинскими документами. При отсутствии сопровождающего заключение высылается в адрес направившей организации по почте; лишь в исключительных случаях оно может быть выдано под расписку на руки испытуемому.

10. Каждый случай освидетельствования для установления состояния алкогольного опьянения подлежит регистрации в специальной прошнурованной и пронумерованной книге, скрепленной сургучной печатью вышестоящего в порядке подчинения органа здравоохранения. В эту книгу заносятся: имя, отчество, фамилия, возраст, профессия, место работы и домашний адрес освидетельствуемого, кем направлен на освидетельствование, дата и часы освидетельствования, его результаты и фамилия врача, производившего освидетельствование.

АКТ

медицинского освидетельствования для установления состояния алкогольного опьянения

Приложение 2
к приказу по Министерству здравоохранения СССР
от 22 ноября 1954 г. за № 523

1. Фамилия, имя, отчество _____

_____ возраст _____

где и кем работает _____

Кем и когда (точное время) направлен на освидетельствование

Место и точное время освидетельствования _____

2. Внешний вид испытуемого: состояние одежды, кожи, наличие повреждений (ранение, ушибы и т. п.) _____

3. Поведение испытуемого: возбужден, болтлив, замкнут, агрессивен, сонлив, плачет; жалуется ли на свое состояние, на что именно (головная боль, головокружение и др.) _____

4. Состояние сознания, ориентировка в месте, времени и окружающем, а также в собственной личности _____

5. Память, особенно в отношении происшедшего в последние часы _____

6. Способность связного изложения, счета, речевая способность (заикание, бормотание, скороговорка, чтение) _____

7. Вегетативно-сосудистые реакции (побледнение, покраснение лица, слизистых оболочек глаз и рта, слюнотечение и др.) _____

Дыхание: учащенное, замедленное, поверхностное _____

Пульс _____

Зрачки: сужены, расширены, реагируют ли на свет _____

8. Желудочно-кишечный аппарат: имеются ли жалобы на боли в животе и др. _____

Тошнота, икота, рвота _____

9. Двигательная сфера: усиленно подвижен, заторможен _____

Мимика: вялая, оживленная _____

Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе), стояние, нагибание при закрытых глазах, ходьба с быстрыми поворотами _____

Точные движения (поднять монету с пола; при закрытых глазах коснуться пальцем кончика носа и т. д.). Дрожание пальцев, рук, век, языка _____

10. Рефлексы сухожильные: усилены, понижены, отсутствуют _____

Рефлексы конъюнктивальные (со слизистой оболочки глаз); сохранены, отсутствуют _____

Болевая чувствительность: сохранена, отсутствует _____

11. Имеются ли признаки нервно-психического заболевания (особенно органического поражения центральной нервной системы, эпилепсии), а также физического истощения; наличие галлюцинаций, бреда и т. п. _____

12. Показания об употреблении алкоголя: субъективные (со слов испытуемого) _____

объективные (по документам и другим источникам) _____

13. Запах алкоголя изо рта _____

14. Данные лабораторного исследования на алкоголь (кровь, моча, выдыхаемый воздух) _____

15. Прочие данные, включая документацию, справки о перенесенных заболеваниях, лечении (общем, от алкоголизма) _____

З а к л ю ч е н и е. Имеются ли у свидетельствуемого признаки
алкогольного опьянения _____

Степень опьянения (легкая, средняя, тяжелая) _____

Трезв, но имеются остаточные явления предшествующего
опьянения _____

Подпись врача, производившего освидетельствование

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

(Извлечение)

Приложение 3
к приказу по Министерству здравоохранения СССР
от 22 ноября 1954 г. за № 523

Настоящие методические указания содержат краткие сведения о клинике и диагностике алкогольного опьянения.

Известно, что реакция на алкоголь со стороны нервной системы появляется непосредственно после введения его в организм.

В малых количествах и на короткое время алкоголь действует как «возбуждающее» средство (по существу это действие объясняется ослаблением тормозного процесса в нервных клетках коры больших полушарий).

При этом со стороны психики обычно отмечается незначительная эйфория, ослабление критики и концентрации внимания, повышенная самоуверенность, обидчивость и т. п. Под действием алкоголя происходит расширение периферических сосудов, гиперемия кожных покровов и т. д., в результате чего появляется ощущение теплоты, физической силы, оживление двигательных процессов.

Стадия незначительного возбуждения, как правило,

сменяется стадией известной вялости и сонливости. Это объясняется тем, что вслед за кратковременным растормаживающим действием алкоголя на нервные клетки неизбежно появляется период основного — тормозящего — действия.

По мере развития алкогольной интоксикации нарушаются правильные соотношения между первой и второй сигнальной системой, корой и подкоркой; вовлекается в процесс мозжечок и продолговатый мозг, что создает опасность смерти от отравления алкоголем.

Наблюдающееся на высоте алкогольной интоксикации разлитое корковое торможение принадлежит, по терминологии И. П. Павлова, к группе пассивных форм торможения и носит главным образом характер запредельного охранительного торможения.

Когда нарушения со стороны коры и подкорки достигают значительной степени, наступает выраженное алкогольное опьянение. Люди становятся чрезмерно оживленными, веселыми или, наоборот, грустными, апатичными, теряют чувство такта и меры в отношении окружающих. Слабеет критика к своим действиям, понижается чувство ответственности, обнажаются инстинкты; все реакции и внешние раздражители приобретают усиленную эффективную окраску — незначительные факты могут радовать, пугать, приводить в отчаяние, гнев и ярость. Нарушается концентрация внимания, люди становятся повышенно отвлекаемыми, мышление теряет свою связность. Опьяневшие не в состоянии слушать других, стремятся привлечь к себе внимание; порой становятся дурашливыми, и поведение их напоминает поведение ребенка. Появляется склонность к эгоцентризму, хвастовству, придирчивости. В некоторых случаях высказываются идеи самоуничтожения, виновности и др. Повышается внушаемость. Нарушаются и моторные реакции: человек становится излишне подвижным, поет, кричит, бранится, иногда проявляет агрессию в отношении окружающих и самого себя, иногда, наоборот, бывает чрезмерно «щедр» и «великодушен». Порой нарушается ориентировка в окружающем и даже в собственной личности. Речь становится неотчетливой и иногда замедленной. Нарушается восприятие внешних впечатлений, понижается болевая чувствительность. В начале опьянения дыхание учащается, но затем становится более редким и

глубоким. Лицо обычно краснеет, теплоотдача усиливается. Зрачки иногда бывают расширены.

С углублением наркоза тормозятся и подкорковые узлы, вовлекается в процесс мозжечок, отчасти спинной мозг, расстраиваются вегетативно-сосудистые функции, появляются такие симптомы, как слюнотечение, рвота, усиленный диурез, носящие характер защитных реакций. Зрачки часто бывают сужены; страдает походка и точность движений. В дальнейшем все более усиливается утомление и наступает обычно глубокий сон. У многих лиц после значительного опьянения наблюдаются явления так называемого похмелья, выражающиеся в головных болях, поташнивании, пониженном настроении, дрожании языка и пальцев рук. Эта картина зависит от интоксикации уже не алкоголем, а главным образом продуктами его распада (ацетальдегиды, уксусная кислота и др.).

Так выглядит типичная картина выраженных состояний опьянения, во время которых иногда совершаются различные правонарушения, в особенности преступления против личности, хулиганство и т. п.

Эти состояния обычно относятся к средней степени опьянения. Однако при наличии значительных расстройств со стороны интеллектуальной и особенно эмоционально-волевой сферы, при резких нарушениях поведения они должны быть квалифицированы как тяжелые степени опьянения.

Надо всегда иметь в виду, что психические реакции человека на прием алкоголя в большей степени зависят от типа и состояния высшей нервной деятельности, от таких ее качеств, как сила, уравновешенность, подвижность возбудительного и тормозного процессов и их соотношения.

Следует также отметить, что усиление реакции на прием алкоголя зависит от бессонницы, переутомления, недоедания, волнений, астении, травм мозга и других факторов, могущих в значительной мере утяжелить картину опьянения.

Прием очень больших доз алкоголя вызывает массивные нарушения функций центральной нервной системы с вовлечением спинного и продолговатого мозга. При этом наступают явления глубокого наркоза и коматозного состояния. Возникают расстройства теплорегуляции.

Нарушается сердечная деятельность, дыхание. Сухожильные рефлексы значительно понижаются или даже совершенно не вызываются. Отсутствуют видимые реакции на внешние воздействия (на оклик, укол и т. п.); происходит расслабление мышечного тонуса. Зрачки расширяются и не реагируют на свет.

Наилучшим критерием для установления, вызвано ли данное наркотическое — коматозное — состояние алкоголем, служит факт его спонтанной ликвидации в течение 8—12 часов. Конечно, поведение врача при этих состояниях не должно быть пассивным; требуется тщательное наблюдение за больным, за состоянием пульса, дыхания и пр. и принятие в угрожающих случаях мер лечебного характера. Необходимо применить внутривенное введение коразола, глюкозы; подкожное введение стрихнина, камфары, адреналина. В некоторых случаях хороший эффект дает венесекция в количестве 150—200 мл крови с последующим введением физиологического раствора, вдыхание смеси кислорода и углекислоты и др.

В заключение остановимся на сравнительно редком, но имеющем большое судебнопсихиатрическое значение патологическом алкогольном опьянении.

Случаи патологического опьянения, по данным Института судебной психиатрии имени В. П. Сербского, встречаются лишь у 0,4—0,7% всех испытуемых; по данным Московской городской судебнопсихиатрической экспертной комиссии — у 0,5%.

Основными признаками патологического опьянения, этого временного болезненного расстройства психической деятельности, являются:

1. Острое внезапное начало, без постепенного развития и без стадии легкой эйфории, расторможенности и других симптомов обычного опьянения.

2. Тяжелое помрачение сознания с расстройством ориентировки в месте, времени, ситуации, иногда в собственной личности.

3. Резкое изменение аффективной сферы, особенно в виде тяжелых аффектов ярости, страха, гнева; склонность к извращению чувства симпатии; двигательные разряды, акты агрессии и т. д.

4. Нелепость действий, отсутствие мотивировки в них при кажущейся иногда внешней их целесообразности и систематизированности.

5. В некоторых случаях наличие нестойких бредовых или бредоподобных идей преследования, ревности, а также галлюцинаторных и иллюзорных переживаний.

6. Несоответствие между сравнительно небольшим количеством принятого алкоголя и тяжелой психической реакцией.

7. Несоответствие между картиной резкого психического расстройства и слабой выраженностью сомато-физических симптомов опьянения. При патологическом опьянении обычно отсутствуют шаткость походки, расстройства речи, тошнота, рвота и другие признаки простого опьянения. Наоборот, опьяневшие нередко обнаруживают исключительную физическую силу и выносливость. Критический сон наступает порой с большой задержкой, хотя длится обычно очень долго.

8. В части случаев патологического опьянения бросается в глаза резкая бледность или покраснение лица опьяневшего.

9. Продолжительный сон, которым заканчивается опьянение, и последующая полная амнезия на период опьянения.

Известно, что у одного и того же человека патологическое опьянение повторно почти не наблюдается.

Говоря о патологическом опьянении, следует предостеречь от необоснованной постановки этого диагноза.

Нельзя ставить этот диагноз на основе отдельных симптомов, так как каждый из них сам по себе не является решающим. Особенно это относится к амнезии на период опьянения. Этот симптом сугубо субъективен, нередко симулируется или аггравруется, кроме того, может наблюдаться и после обычного сильного опьянения, преимущественно у лиц невыносливых к алкоголю.

Патологическое опьянение — это кратковременный психотический синдром, который диагностировать следует с весьма большой осторожностью.

Алкоголь очень быстро проникает во все ткани организма и вскоре находится в приблизительно одинаковых количествах во всем организме, поэтому практически достаточно, например при судебно-медицинском вскрытии, определить содержание алкоголя в крови. Если принять концентрацию алкоголя в крови за единицу, то концентрация его в моче составит (в среднем) 1,35, в спинномозговой жидкости — 1,45, в печени — 1,5, в мозгу — 1,75.

Таким образом, алкоголь максимально концентрируется в мозгу.

Отрицательная реакция на алкоголь еще не исключает наличия опьянения и, наоборот, положительная (особенно слабо положительная, сомнительная) не является сама по себе доказательством опьянения.

Несмотря на довольно значительные индивидуальные различия в реакции на алкоголь, все же многочисленные исследования концентрации алкоголя в крови указывают на известную последовательность и закономерность распространения алкоголя в организме и фаз алкогольного опьянения (не только у людей, но и у животных).

Можно в основном говорить о следующей связи между количеством введенного алкоголя и реакцией организма:

1. Количество выпитого алкоголя пропорционально содержанию алкоголя в крови и других тканях.

2. Максимальное содержание алкоголя в 1 л крови животного равно числу принятых миллилитров чистого алкоголя, приходящихся на 1 кг веса животного.

3. Пропорция ниже 1 мл на 1 л крови недостаточна, чтобы вызвать внешне выраженную картину опьянения (до 0,02 мл алкоголя на 1 л крови может содержаться у здорового трезвого человека). Легкие степени опьянения соответствуют обычно содержанию 1—2 мл алкоголя на 1 л крови. Выраженное опьянение (средняя степень) можно наблюдать в том случае, если концентрация алкоголя в крови составляет 2—4 мл на 1 л крови; эта пропорция достигается введением 2—4 мл алкоголя на каждый килограмм веса животного. При 5—7 мл на 1 л крови и выше мы имеем глубокие степени опьянения, тяжелый наркоз, анестезию, коматозное состояние, смерть. Концентрация алкоголя в крови выше 10 мл на 1 л почти никогда не наблюдается у человека.

Констатируя в крови живого человека определенную концентрацию алкоголя, мы можем судить и о количестве выпитого им алкоголя, принимая во внимание следующие обстоятельства:

1. Время, прошедшее от момента приема алкоголя до момента исследования крови. При этом надо учесть, что в организме человека сгорает за 1 час в среднем 7—10 мл чистого алкоголя (т. е. 20—25 мл 40° водки); сгора-

ние алкоголя в организме хронического алкоголика происходит обычно быстрее (но не более чем на $\frac{1}{3}$).

2. Концентрацию принятого испытуемым алкогольного напитка. Известно, что более крепкие напитки дают более высокую и быструю максимальную концентрацию алкоголя в организме и наоборот.

3. Условия приема алкоголя. В одних случаях он может быть введен единовременно (или быстро следующими одна за другой порциями), в других случаях, наоборот, медленно, мелкими порциями. Естественно, что в первом случае, имеющем большое судебноэкспертное значение, концентрация алкоголя в крови окажется более высокой и картина опьянения — более резкой.

То же произойдет, если алкоголь принят на пустой желудок; прием пищи до введения алкоголя ведет к более медленному всасыванию последнего и более мягкой картине опьянения (хотя и более длительного).

Значение диуреза в выведении алкоголя из организма обычно невелико. Так, в первые часы им выделяется всего 1—2% введенного алкоголя. Однако введение наряду с алкоголем большого количества воды, а также мочегонных средств дает понижение максимальной концентрации алкоголя в крови и вместе с тем ослабление общих явлений опьянения.

Концентрация алкоголя в крови здорового человека оказывается максимальной через 1—1½ часа после приема алкоголя и зависит не только от количества алкоголя, но и от индивидуальных особенностей организма.

Принимая во внимание все сказанное, имеющее отношение не только к крови, но и к другим тканям организма человека, можно, исследуя их, установить ретроспективно не только факт принятия алкоголя, но и его приблизительное количество.

Реакция Рапопорта так же, как и реакция Попова, не является строго специфичной для алкоголя, ее могут дать в слабо положительной степени также ацетон, эфир, альдегиды. Поэтому следует выяснить, не употреблял ли испытуемый незадолго до обследования лекарства, приготовленного на спирте или эфире. Надо следить, чтобы в пробирку не попали вместе с выдуваемым воздухом частички пищи.

Для точности заключения и избежания ошибок следует жидкость, через которую проходит выдыхаемый воз-

дух, подвергнуть предварительной перегонки, как это описано в отношении исследования крови, но при этом без пикриновой кислоты. При исследованиях, могущих иметь судебно-медицинское значение, такая перегонка является обязательной.

Заключения могут даваться в следующем виде:

1. Никаких признаков употребления испытуемым спиртных напитков не обнаружено, патофизиологические явления отсутствуют, поведение испытуемого правильное, биохимические пробы отрицательные.

Диагноз: трезв.

2. Имеются данные об употреблении испытуемым спиртных напитков (запах алкоголя, биохимическая проба на алкоголь слабо положительна, весьма незначительные изменения психической деятельности). Практически в момент обследования трезв, но результаты исследования указывают на наличие легкого опьянения незадолго до освидетельствования.

3. Имеются умеренные явления нарушения функций интеллекта, эмоционально-волевой сферы, вегетативно-сосудистых реакций, двигательной сферы. Биохимические пробы на алкоголь положительны. Диагноз: легкая степень опьянения.

4. Имеются отчетливо выраженные явления опьянения со значительным нарушением процессов мышления, критической способности, внимания, резким усилением или извращением аффектов, нарушением движений, расстройством со стороны сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной системы. Отмечается запах алкоголя, пробы на алкоголь положительны. Диагноз: средняя степень опьянения.

5. Имеются признаки общего торможения нервной системы, включая серьезные нарушения со стороны не только головного мозга, подкорковых центров, но и спинного и продолговатого мозга. Положительные пробы на алкоголь. Общий наркоз. Кома. Возможен смертельный исход. Диагноз: тяжелая степень опьянения.

6. Имеется состояние опьянения совершенно необычное, не соответствующее малому количеству принятого алкоголя, с глубоким нарушением сознания, извращением аффектов, иногда с бредом и галлюцинациями, с полным последующим запоминанием и т. д. Картина опьянения напоминает сумеречные состояния больных эпи-

лепсней или кратковременные вспышки острых психозов. Запах алкоголя может и отсутствовать. Биохимические пробы на алкоголь не всегда положительны. Диагноз: патологическое опьянение.

ПРАВИЛА СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПОВ

Утверждены Наркомздравом и Наркомюстом РСФСР
19 декабря 1928 г.

І. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1. Для производства судебномедицинского исследования мертвых тел и установления причины смерти в случаях насильственной или скоропостижной смерти народным следователем или органом дознания приглашается судебномедицинский эксперт; при отсутствии последнего или невозможности по каким-либо причинам его вызова к этому исследованию может быть привлечен другой врач.

2. Судебномедицинское исследование трупа производится в присутствии представителя следствия или дознания и понятых в числе не менее двух.

Судебномедицинский эксперт может приступить к исследованию мертвого тела лишь после получения соответствующего письменного или устного извещения от означенных лиц и, приступая к таковому исследованию, он имеет право от упомянутых должностных лиц требовать все сведения, которые имеются о мертвом теле и о цели исследования. Сюда особенно относятся: имя, отчество и фамилия, возраст, образ жизни и род занятий умершего, различные пояснения об обстоятельствах, касающихся смерти, как-то: о нанесенных повреждениях, о предшествовавших смерти болезненных припадках, о бывших ранее заболеваниях, о данных истории болезни в случае нахождения покойного перед смертью в больнице и т. п. Если исследование мертвого тела производится не на том месте, где обнаружено тело, то должно привести в известность, когда и при каких обстоятельствах оно обнаружено и какие в нем произошли перемены с тех пор до времени исследования.

Примечание. При отсутствии представителей следствия или дознания, не прибывших к заранее условленному времени на исследование трупа,

судебномедицинский эксперт, если считает имеющиеся у него предварительные сведения о мертвом теле достаточными, а отсрочку вскрытия угрожающей разложением трупа, может в присутствии понятых самостоятельно произвести исследование трупа, оговорив это обстоятельство в протоколе судебномедицинского исследования, по возможности пригласив для участия в исследовании второго врача.

3. Судебномедицинский эксперт при производстве исследования мертвого тела является главным действующим лицом, которому в целях возможно совершенного и детального исследования должно быть оказываемо полное содействие как со стороны лиц следствия и дознания, по запросу которых производится данное исследование, так и со стороны администрации учреждений, в которых производится экспертом это исследование.

4. В случае участия в исследовании мертвого тела и других врачей, приглашаемых для этого по инициативе судебноследственных властей или самого судебномедицинского эксперта, на последнем лежит общее руководство технической стороной исследования.

П р и м е ч а н и е. Врач, пользовавшийся умершего от болезни, непосредственно предшествовавшей смерти, не может участвовать в судебномедицинском исследовании трупа. Но с разрешения народного следователя он может присутствовать при вскрытии и давать требуемые объяснения о клинической картине заболеваний.

5. Если при исследовании трупа, производимом больничным врачом, будут обнаружены явления насильственной смерти, то производящий исследование врач или прекращает исследование, записав все обнаруженное им в протокол, и через администрацию учреждения извещает о случае милицию, ожидая ее дальнейших распоряжений, приняв меры к должной сохранности и неприкосновенности трупа, или же продолжает вскрытие в порядке судебномедицинского исследования, пригласив главного врача или его заместителя и двух понятых, и протокол исследования со своим заключением направляет в милицию через администрацию своего учреждения.

6. Исследование мертвого тела должно быть производимо в светлом, просторном и теплом помещении или, если не встречается препятствий, на открытом воздухе.

Тело помещается на столе или на досках так, чтобы со всех сторон можно было к нему свободно подходить. Необходимо пользоваться естественным дневным светом; если же исследование в исключительных случаях производится при искусственном освещении, то это обстоятельство оговаривается во введении протокола с указанием причин. При невозможности исследования трупа на месте и необходимости перевести для этого труп в секционное помещение больницы лица, производящие следствие или дознание, принимают все меры к транспорту мертвого тела в полной сохранности в больницу. Наружный осмотр трупа во всяком случае должен быть произведен в месте его обнаружения, и в акте осмотра должны быть отмечены все повреждения, обнаруженные на трупе. Если при окончательном исследовании трупа после перевозки будут обнаружены новые наружные повреждения, не отмеченные в первом акте, то лицо, производящее дознание или следствие, обязано немедленно же путем опроса лиц, перевозивших и сопровождавших труп, выяснить, не явились ли эти новые повреждения результатом перевозки. Равным образом и судебно-медицинский эксперт должен в акте выявить свое мнение о происхождении и характере этих новых повреждений.

Примечание. При вскрытии трупа вне больницы соответствующее помещение для этого указывается должностным лицом, по запросу которого производится вскрытие, и им же обеспечивается необходимая для вскрытия обстановка (стол, ведро, вода, отопление, освещение и т. п.).

7. Судебно-медицинский эксперт должен быть снабжен органами здравоохранения нужными для исследования инструментами и приборами. Для этой цели достаточны следующие предметы:

- | | |
|--|---|
| 1. Нож мозговой | 1 |
| 2. Нож грудино-реберный | 2 |
| 3. Ножи анатомические большие | 2 |
| 4. Скальпели брюшные малые | 2 |
| 5. Ножницы костные большие и малые | 3 |
| 6. Пинцеты анатомические — длинный, короткий и хирургический | 1 |
| 7. Большой лапчатый пинцет проф. Шора | 1 |
| 8. Ножницы кишечные с крючком или пуговкой | 1 |
| 9. Ножницы прямые с одним тупым концом средней величины | 1 |
| 10. Ножницы малые остроконечные и ножницы малые с одним тупым концом | 2 |

11. Иглы для зашивания трупов и нитки	6
12. Зонд никелированный большой	1
13. Зонд желобоватый 15 см длины	1
14. Зонд пуговчатый малый	2
15. Пилы листовые — одна широкая, другая узкая, малая, с рахиотомом	2
16. Линейка медная с делением на сантиметры и миллиметры	1
17. Долота — широкое, узкое и распаторий	3
18. Молоток (стальной с крючком на рукоятке)	1
19. Стекланный цилиндр, градуированный на 100 мл	1
20. Циркуль толстотный (из дугообразных ножек с делением на сантиметры и миллиметры)	1
21. Лупа (может быть тройная)	1
22. Тесьма измерительная с делением на сантиметры	1
23. Губки греческие или резиновые	2
24. Фибровый ящик для инструментов (типа чемодана с замком)	1
25. Парусиновый чехол для него с ремнями	1
26. Прорезиненный фартук и халаты	3
27. Резиновые перчатки	2
28. Большая и малая металлические ложки	2
29. Металлические катетеры	2
30. Весы пружинные на 8 кг	1
31. Спиртовая лампочка	1

Кроме того, необходимо иметь в запасе несколько разной величины стеклянных широкогорлых банок со стеклянными притертыми пробками или с простыми пробками, не бывшими в употреблении, для помещения частей органов трупа и жидкостей, отправляемых на лабораторное исследование, бечевку и сургуч для запечатания банок; несколько стерильных пробирок со стерильными пробками, несколько пастеровских пипеток, предметные стекла для мазков крови и пр., концентрированный раствор формалина для приготовления консервирующей жидкости, йодную настойку.

8. Если мертвое тело промерзло, то его следует распоряджением следственной власти или дознания внести в умеренно нагретое (не более 20°) помещение и не производить вскрытия до полного оттаивания тела. Применение горячей воды или других горячих предметов для ускорения оттаивания недопустимо.

9. Полное исследование мертвых тел составляется из наружного осмотра трупа и внутреннего осмотра (вскрытия) полостей и органов трупа.

10. Вскрытие мертвого тела необходимо производить через возможно короткое время после того, как с поло-

жительностью установлено наступление смерти, но не ранее чем через 12 часов после смерти.

Вскрытие не должно быть производимо при малейшем сомнении в действительности смерти; в таких случаях необходимо принимать все меры к оживлению мнимо-умершего.

Примечание. В научных и научно-практических целях допустимо вскрытие трупов клиническими и больничными учреждениями до истечения 12 часов, но не ранее получаса после смерти и в присутствии не менее 3 врачей, причем этими врачами непосредственно перед вскрытием составляется протокол с указанием причин необходимости раннего вскрытия и доказательств действительной смерти.

11. Гнилость мертвого тела или разрушение от каких-либо причин не должно служить препятствием к судебно-медицинскому исследованию; последнее производится и при нахождении мертвого плода, не достигшего возраста жизнеспособности, или только части человеческого тела, или органа, или части его.

12. О произведенном исследовании составляется протокол судебно-медицинского исследования мертвого тела. Протокол пишется на месте и в него под диктовку производящего исследование врача заносятся все наблюдаемые при исследовании явления, причем описание этих явлений заносится четким разборчивым почерком (чернилами), излагается простым общепринятым языком, по возможности без иностранных слов (например, греческих, латинских), которые для ясности могут приводиться попутно в скобках, и без указания патологоанатомического диагноза наблюдаемых явлений, которые вместо этого должны быть описаны самым подробным образом того, как их видит наблюдающий эксперт. Протокол состоит из введения и описательной части. Во введении стоит из введения и описательной части. Во введении обозначается год, месяц, число, когда производится исследование, на основании чего оно производится, место исследования, перечисление всех лиц, производящих исследования, присутствующих при исследовании, имя, отчество и фамилия (если известно) покойного, его местожительство или место обнаружения мертвого тела и краткие сведения об обстоятельствах дела и документах, имеющих отношение к смерти покойного. Описательная часть распадается на: а) наружный осмотр и б) внутренний ос-

мотр. Здесь приводится подробное описание всех наблюдаемых изменений для каждой области или органа, причем заглавия «Наружный осмотр» и «Внутренний осмотр» пишутся с красной строки, а все остальное — подряд, в строку. Желательно прилагать схематический рисунок расположения найденных на теле повреждений или фотографический снимок трупа. Далее в протоколе отмечается, какие части трупа, его одежды или какие другие предметы взяты для лабораторных исследований, как упакованы объекты, какими печатями опечатаны и кому (народному следователю или представителю дознания) сданы для направления их в лабораторию. После внесения в протокол всех этих сведений он подписывается всеми лицами, перечисленными во вступительной части протокола. Заключение о причине смерти судебно-медицинский эксперт излагает или тотчас по окончании исследования или представляет его дополнительно в течение 3 суток с момента исследования трупа. Документ, состоящий из протокола судебно-медицинского исследования и заключения эксперта, называется актом.

13. При производстве исследования трупа судебно-медицинские эксперты в общем должны поступать точно так же, как и при чисто врачебно-научном вскрытии, но только они не должны упускать из виду судебной цели исследования трупа, и потому все, что служит для этой цели, надлежит исследовать с особенной точностью и полнотой. Излагаемые ниже технические правила о ходе исследования не должны применять шаблонно, и на них нужно смотреть как на общую руководящую нить, от которой, смотря по особенностям случая, можно и отклоняться.

Примечания. 1. Для таких отклонений не требуется испрашивать разрешения у ведущего дело представителя судебной власти или дознания и они вполне зависят от усмотрения судебно-медицинского эксперта и лежат всецело на его ответственности. В акте должна быть приведена мотивировка отклонения от нижеуказанных правил.

2. Исследование трупа по методу «полной эвисцерации» (§ 67—74) может быть произведено в некоторых особых случаях по усмотрению эксперта. Но этот метод не может быть применяем при всякого рода вскрытиях в качестве основного метода.

3. С изданием настоящих правил отменяется «Временное постановление для медицинских экспертов о порядке производства исследований трупов», утвержденное Наркомздравом 5 мая 1919 г.

II. НАРУЖНЫЙ ОСМОТР

14. Наружный осмотр включает в себе исследование и описание наружного вида всего тела вообще и отдельных его частей. Если тело одето, то сперва подробно описывают имеющуюся на нем одежду, замечая, не находятся ли на ней посторонние вещества (грязь, кровь и т. п.), обгорелые места, дыры, сделанные каким-либо орудием, после чего тело осторожно раздевают; если на теле окажутся посторонние вещества, то, описав свойства их и местонахождение, смывают их и осматривают поверхность под ними; если на местах, покрытых волосами, видны следы повреждений, то волосы состригают осторожно ножницами. В случае необходимости более точного определения свойств посторонних веществ часть их сохраняют для дальнейшего подробного исследования.

15. При наружном осмотре тела отмечают: пол, возраст, вес (по возможности), длину тела, телосложение и степень упитанности. Затем определяют свойства кожи: гнилостное окрашивание, бледность, синюшность, желтушность, гусиная кожа, мацерированная кожа, местонахождение, распространенность и цвет трупных натечек и пропитываний (трупных пятен). Если на коже имеются пятна, то подробно описывают их вид, величину, местоположение; производя разрезы (можно делать их крепостнообразно), убеждаются, происходят ли пятна от гнилости или других причин. В местах, где кожа представляется припухшей или напряженной, следует убедиться ощупыванием или разрезами, не содержит ли подкожная клетчатка крови, гноя, отечной жидкости или газов. Наконец, определяют, гибки ли суставы и какова степень и распространенность окоченения мышц, особенно конечностей и нижней челюсти.

16. При осмотре головы должно установить, каковы волосы на голове, не раздуто ли лицо и не имеет ли кожа его особой (багровой или синюшной) окраски. Определяются: впалы или выпучены глазные яблоки, не красны ли, синюшны или желтушны и не содержат ли пятен или кровоизлияний соединительные оболочки, каковы зрач-

ки, насколько прозрачны роговицы и упруги глазные яблоки и имеются ли пятна Ларше; целы ли на ощупь кости и хрящи носа. Потом описывают губы, их цвет, толщину; закрыт ли рот; сомкнуты ли зубы; не имеется ли в видимой слизистой оболочке полости рта изменений, обусловленных действием ядовитых веществ, нет ли в ней травматических повреждений (разрывов, кровоподтеков в слизистой оболочке губ, языка и пр.); целы ли челюсти и скуловые кости. Следует также отметить, нет ли истечения крови или сукровицы изо рта, носа, ушей, а также нет ли в их отверстиях посторонних тел.

17. При осмотре шеи обращают внимание на соразмерность ее длины и толщины, присутствие знаков от давления и царапин (пальцами, ногтями и т. д.), нет ли на шее веревки или следа от нее — странгуляционной борозды; о последней отмечают: ее анатомическое положение спереди, по бокам и сзади шеи, ширину и глубину, свойства кожи на месте борозды. Желательно приложить схематический рисунок.

18. При осмотре грудной клетки устанавливают, правильно ли ее сложение и какова ее форма; при осмотре женского тела отмечают величину и форму грудных желез, вид и цвет сосков и околососковых кружков, ясно ли прощупывается дольчатость железистой ткани и не выдавливается ли из сосков какая-либо жидкость. Перевернув на бок тело, осматривают подробно спину.

19. При осмотре живота необходимо определить его объем, степень напряженности стенок и кожных покровов, нет ли в последних рубцовых растяжений; состояние пупка. В случаях наличия расширения паховых колец, грыж и выпадений внутренностей должно обстоятельно описать их местоположение, размеры и особенности.

20. При осмотре наружных половых частей отмечают свойства и характер роста волос на лобке, свойства члена и его крайней плоти, нет ли истечения и какое, наличие яичек в мошонке; при исследовании женских трупов внимательно осматривается вход во влагалище и девственная плева: какого цвета их слизистая оболочка, какова форма девственной плевы, вид ее краев, нет ли в ней надрывов и других повреждений или рубцов, какова их величина и положение. Если целостность плевы нарушена, то сколько и какой формы лоскутов, или имеются только миртовидные сосочки, сколько, где находят-

ся. Если из влагалища есть выделение, то описывают свойства последнего: выясняют, насколько это доступно при наружном осмотре, нет ли во влагалище посторонних тел или семени (следует сделать мазок для микроскопического исследования). Необходимо иметь в виду возможность наличия семени и повреждений окружности половых органов. Далее обращается внимание на заднепроходное отверстие — на его вид, нет ли истечения из него, инородных тел, выхода каловых масс. Затем обследуют крестцовую область и ягодицы.

21. При осмотре верхних и нижних конечностей особенное внимание следует обращать на кисти рук: нет ли на них крови, порезных ран и других повреждений, пороховой копоти, порошинок, признаков действия низкой температуры, следов от действия электрического тока и других особенностей.

22. При осмотре тел неизвестных лиц в соответственных местах протокола отмечаются точно следующие данные: рост, продольный диаметр головы от надпереносья до наиболее выдающейся точки затылка, наибольший поперечный диаметр головы, наибольшая окружность ее, наибольшая окружность шеи, груди, живота, длина ступней (измерения записываются цифрами в частях метра)¹; далее — свойства волос головы, бровей, усов, бороды и др. (цвет, форма, длина, густота, плешивость и пр.), цвет глаз (радужных оболочек), особенности лба, носа, ушей, рта, губ, свойства зубов, особенно тех, которые обыкновенно видны при разговоре, целы ли они, не разрушены ли костоедой, не отсутствуют ли, не изменена ли их форма, нет ли искусственных зубов; индивидуальные особенности тела, уродливость, родимые пятна, бородавки, татуировка, рубцы и другие следы повреждений и болезней. При осмотре конечностей обращается внимание на кисти рук: каковы ногти, нет ли посторонних веществ на них и под ними, особой краски, мозолей или других изменений, указывающих на род занятий. Если представляется возможным, необходимо сфотографировать как все тело в целом, так в особенности голову (в фас и профиль) и снять, когда это воз-

¹ При опознавании трупов неизвестных лиц на основании антропометрических данных необходимо иметь в виду возможность более или менее значительного увеличения размеров мягких частей тела вследствие трупной эмфиземы.

можно, дактилоскопические отпечатки с пальцев, привлекая для этой цели в случае надобности соответствующих сотрудников уголовного розыска.

23. Особенное внимание обращается на те места, где повреждения могут оставаться незамеченными: естественные отверстия тела, затылок, подмышечные ямки и у женщин складки кожи под грудями. Если на теле оказываются знаки насилия, то указывается часть тела и место, где повреждение находится, определяют вид, величину и другие свойства, имея в виду орудия, которыми могло быть причинено повреждение. Глубина повреждений при наружном осмотре не определяется; следует только заметить, поверхностные ли они или глубокие, причем не должно употреблять никакого инструмента для определения их глубины, чтобы оставить неприкосновенными имеющиеся повреждения; глубина их определяется впоследствии при вскрытии тела.

24. Если на теле находятся пятна, дающие повод к подозрению о внешнем насилии, то после подробного описания кожу на месте их разрезают; если обнаружится излившаяся кровь или повреждение глубоких частей или болезненные изменения, то продолжают разрезы за границу здоровых тканей и после того описывают найденное.

Кровоподтеки описываются как пятна, с указанием цвета, положения, формы и величины; после разреза кожи отмечается, в каком слое находится излившаяся кровь, как далеко распространяется кровоизлияние, какую имеет толщину и цвет, насколько плотно свернулась кровь. Так же подробно описываются ссадины, причем отмечается степень их жесткости, сухости или влажности ссадненной поверхности.

25. В случае вывиха или перелома костей определяют, какие именно кости и в каких местах обнаруживают изменения формы, уменьшение подвижности или ненормальную подвижность; следует широко разрезать кожу и мягкие части на месте повреждения и описать как повреждение костей, так и состояние окружающих мягких частей, нет ли в них излившейся крови, следов воспаления, не имеется ли предшествующих болезненных состояний, которые могли способствовать происхождению перелома или вывиха.

26. Если на теле окажется рана или язва, то подробно

описывают ее положение, величину, форму, свойства краев и дна, состояние окружающих частей; при огнестрельных ранах следует выяснить, нет ли пояса ссаждения, ожога кожи, опаления волос, пороховой копоти и несгоревших порошинок. Далее, не нарушая наружного вида раны, обходят ее широким полукруглым разрезом кожи, последнюю отпрепаровывают и отвертывают лоскут; затем плоскостными разрезами отделяют и отворачивают в сторону лоскута тонкие слои мягких частей; при этом определяют величину кровоизлияния и степень воспалительных явлений, присутствие посторонних тел, величину и направление раны, а также какие ткани и органы, особенно из кровеносных сосудов, повреждены.

27. В случае ожогов исследуют: какую часть поверхности тела они занимают, где и в какой степени они выражены, в каких местах имеется только краснота, где есть пузыри или струп, или обугливание тканей; пузыри необходимо надрезать, чтобы видеть, содержат ли они газ или жидкость и какую именно, каково дно пузыря. Должно обратить особое внимание, нет ли на коже посторонних веществ — копоти, извести, масла, кислоты и пр.; не видно ли следов стекания жидкости или полос копоти и в каком направлении; в каком состоянии находятся волосы.

В случаях, когда предполагается смерть от электричества, следует внимательно осмотреть поверхность тела для выяснения не имеется ли на коже признаков действия электрического тока, и те участки кожи, где такие признаки обнаружены, необходимо подвергнуть микроскопическому исследованию.

28. Если где-либо замечаются рубцы, то описывают их положение, величину, форму и цвет, насколько они подвижны или сращены с глубжележащими тканями; при освидетельствовании женских трупов обращают внимание на кожные покровы живота, где могут находиться многочисленные мелкие рубцовые полосы, происходящие обыкновенно от растяжения живота при беременности, но иногда и при других болезненных состояниях, как-то: при опухоли в животе, водянке брюшной полости и чрезмерном ожирении. Если на теле находятся опухоли, то замечают их положение, величину, форму и плотность, насколько они подвижны и отграничены от соседних тканей, в каком состоянии находятся кожные

покровы и другие части вокруг опухоли; затем опухоль разрезают и найденное описывают.

29. Все повреждения, найденные на теле, записываются обыкновенно в конце протокола наружного осмотра, если они не были подробно описаны при систематическом осмотре частей тела. При осмотре повреждений судебно-медицинский эксперт должен обращать особенное внимание: а) на обширность повреждения и важность для жизни поврежденных частей, б) на признаки, указывающие орудие и способ нанесения повреждения, и в) на признаки прижизненности и давности повреждения, к каковым относятся опухоль частей, зияние ран вследствие сокращения поврежденных мышц, излияния крови и особенно межмышечные затеки ее, воспалительные явления — образование гноя, грануляций и т. п.

III. ВНУТРЕННИЙ ОСМОТР

Общие правила и порядок вскрытий

30. По окончании наружного осмотра трупа приступают к вскрытию его. Порядок вскрытия полостей и отдельных органов избирается судебно-медицинским экспертом самостоятельно в каждом отдельном случае с соблюдением правила вскрывать прежде всего ту полость и те органы, в которых по имеющимся в деле сведениям и по наружному осмотру можно предполагать изменения, бывшие причиной смерти. Порядок вскрытия в некоторых особых случаях указан ниже.

31. Если нет основания для особого порядка вскрытия, то вскрывается сначала брюшная полость. После осмотра брюшины и органов брюшной полости вскрывается грудная полость; после осмотра плевральных мешков, легких, средостения и вилочковой железы (кроме сердца) осматривают органы шеи. Затем вскрывают полость околосердечной сумки и, осмотрев ее и сердце, исследуют содержимое полостей желудочков и предсердий разрезами на месте. После вскрытия органов шеи, грудной и брюшной полостей в отдельности (способ извлечения и вскрытия их будет указан ниже) вскрывают череп и головной мозг, а если нужно, то и спинной мозг.

32. Необходимо производить внутреннее исследование черепной, грудной, брюшной полостей и органов шеи даже и тогда, когда причина смерти обнаруживается

уже по вскрытии одной или двух полостей. В важных неясных случаях нельзя ограничиться вскрытием черепной, грудной, брюшной полостей и шеи, но для более верного открытия причин смерти нужно исследовать также позвоночный канал и другие части тела. Должно обязательно вскрывать позвоночный канал и другие части тела, если они повреждены или имеется основание предполагать возможность повреждения их.

33. При извлечении органов из полостей поступают двояко: 1) вынимают во взаимной связи органы отдельных полостей, органы шеи и грудной полости вместе, а затем органы брюшной полости или отдельно, или вместе; 2) вынимают все органы шеи, грудной и брюшной полостей в одном комплексе. Способ извлечения органов по второму пункту является наиболее целесообразным, если при осмотре грудной и брюшной полостей несколько рядом расположенных органов окажутся поврежденными или болезненно измененными так, что для выяснения повреждения в целом, а также для изучения взаимной связи в развитии болезненных изменений несколько органов необходимо осмотреть их в анатомических взаимоотношениях. При извлечении органов следует по возможности избегать повреждения их, а вскрывать органы необходимо одиночными и широкими разрезами. Нельзя орган изрезать на отдельные куски или обезобразить его, так как в таком случае переисследование его станет невозможным. Весовые отношения обозначают в граммах, размеры — в сантиметрах, а объемы — в кубических сантиметрах.

Вскрытие и осмотр полостей живота, груди, сердца и органов шеи

34. Для вскрытия органов шеи, грудной и брюшной полостей делается один общий срединный разрез от подбородка до лонного сращения, обходящий пупок слева и проникающий на шею только через кожу, на груди — до кости, на животе — через кожу и подкожную клетчатку. Если есть раны или рубцы, их обходят. Затем, захватив кожу между пупком и мечевидным отростком в поперечную складку приподнимают ее, чтобы не поранить внутренностей, и прорезают все слои брюшной стенки. Далее, введя в полость брюшины указательный и сред-

ний пальцы левой руки, приподнимают и раздвигают ими края отверстия брюшной стенки, а правой рукой продолжают разрез вверх до мечевидного отростка и вниз до лонного сращения. Если при разрезании стенок живота показывается жидкость (транссудат, эксудат, кровь), то ее по мере удлинения разреза вычерпывают ложкой в измерительный цилиндр. Затем приподнимают вверх разъединенные брюшные покровы верхней части живота так, чтобы со стороны брюшины ясно обозначались реберные края; по этим краям разрезают брюшину и мышцы по направлению от мечевидного отростка кнаружи как на правой, так и на левой стороне, проникая до самых ребер; при этом перерезается круглая связка, идущая от пупка к печени. После этого отделяют ножом от ребер все мягкие части по направлению от срединной линии кнаружи и вверх до ключицы так, чтобы обнажились не только хрящевые, но и костные части ребер, а также и ключицы. На шее отделяют кожу и подкожный мышечный слой (*platysma myoides*) насколько возможно кнаружи от срединной линии, а вверх — до края нижней челюсти. Одним этим срединным разрезом после отделения брюшных мышц от ребер брюшная полость достаточно открывается для обозревания брюшных внутренностей. Однако в случае необходимости можно сделать еще по дополнительному поперечному разрезу тотчас ниже пупка, через всю толщу передней брюшной стенки до боковых поверхностей живота (так называемое вскрытие брюшной полости крестообразным разрезом), или же дополнительный разрез изнутри через толщу прямых мышц (*mm. recti*) до подкожной клетчатки, не повреждая кожи.

При разрезе стенок живота отмечают толщину подкожножирового слоя, цвет мышц и возможные межмышечные излияния (крови, гноя), не выходит ли газ из брюшной полости. При отделении грудных мышц, кроме этого, обращают внимание, нет ли повреждения или болезненных изменений ребер и грудины. При вскрытии женских трупов нужно провести глубокие разрезы через заднюю поверхность молочных желез.

35. При осмотре брюшной полости замечают: гладка ли и прозрачна ли брюшина, в каком состоянии сальник, нет ли ненормальных сращений между органами, какое содержимое брюшной полости по качеству и количеству,

правильно ли положение брюшных органов. В случае воспаления брюшины необходимо осмотреть желудок, кишки, особенно червеобразный отросток и двенадцатиперстную кишку, брыжеечные железы, селезенку и матку с придатками, нет ли в них нарушения целостности брюшины. Высоту стояния диафрагмы определяют по ребрам и приступают к вскрытию грудной полости.

36. Для этого крепким ножом перерезают осторожно реберные хрящи на расстоянии 2—3 мм от костных частей ребер, начиная сверху от II ребра; в случае омелотворения хрящей употребляют вместо ножа костные ножницы или пилу, всячески остерегаясь повреждения внутренностей. Затем вскрывают полулунными разрезами спереди грудино-ключичные суставы. Потом, приподнимая нижний конец грудины, отделяют ее от грудобрюшной преграды и переднего средостения, проходя ножом у самой кости и избегая повреждения околосердечной сумки, и, наконец, перерезают первые ребра, немного отступя кнаружи от края разреза II ребра, всячески остерегаясь повредить подлежащие кровеносные сосуды. После перерезки задней стенки грудино-ключичных суставов грудину снимают и осматривают. При вскрытии грудной полости замечают, не выходят ли газы или жидкость, и отмечают количество последней и ее свойства.

Примечания. 1. Если до вскрытия грудной клетки можно предполагать присутствие в плевральной полости газов (выпячивание межреберных промежутков и диафрагмы), то при отделении покровов грудной клетки продолжают разрез кнаружи до образования углубления, в которое наливают воду, и под водой втыкают в грудную стенку скальпель.

2. Если имеется подозрение на смерть от газовой эмболии, то срединный основной разрез начинают не от подбородка, а на уровне рукоятки грудины. Поступают в дальнейшем, как указано выше, но, делая разрезы реберных хрящей, не трогают хрящей первых двух ребер и грудино-ключичного сочленения, а, осторожно отделив грудину от диафрагмы и средостения, приподнимают ее за нижний конец и перепиливают на уровне вторых межреберных промежутков, затем перерезают околосердечную сумку ножницами, приподнимают края разреза, наливают

в полость сумки воду и под водой втыкают скальпель в переднюю стенку правого желудочка. Эта проба применима только на свежем трупe.

37. При осмотре грудной полости обращают внимание на содержимое плевральных полостей и на то, в какой степени спадаются легкие, в каком состоянии находится плевра, не имеется ли сращений между легкими и грудной стенкой, какого они вида и насколько крепки, и освобождают от них легкие, начиная с основания легкого. Приподнимая из грудной клетки легкое, осматривают лежащие в заднем средостении крупные сосуды и пищевод, нет ли в них грубых изменений. Если обнаружится перелом ребра, надо испытать, нет ли особой хрупкости костного вещества других ребер. В верхней части переднего средостения обращают внимание, не имеется ли налицо вилочковая железа (*gl. thymus*), отмечая ее свойства и вес.

38. Для вскрытия околосердечной сумки надо приподнять в складку ее переднюю стенку, разрезать ее ножницами и затем продолжить разрез вверх и вниз (но не до верхушки сердца). Отмечают свойства и количество содержимого сумки и вид ее стенок, нет ли сращений между сердцем и ею или мелких кровоизлияний, особенно свойственных асфиксии (задушению), пятен Тардые.

39. При осмотре сердца обращают внимание: какой оно величины, не больше ли кулака покойного, не заметно ли излишнего отложения жира или кровоизлияний под наружным покровом его, какой вид и свойства венечных сосудов, мягка или плотна сердечная мышца в разных отделах сердца. Затем вскрытием полостей сердца на месте надо убедиться, какая в них содержится кровь и в каком количестве. Для этого захватывают левой рукой верхушку сердца и оттягивают его вправо и вверх, поворачивая к себе левый край сердца, и глубоким разрезом от поперечной борозды к верхушке вскрывают левый желудочек, а разрезом между левыми легочными венами до борозды — левое предсердие. Чтобы вскрыть правую половину сердца, надо, держа большой палец во вскрытом левом желудочке, а остальные на задней поверхности сердца, приподнять его и повернуть вокруг оси влево и тогда вскрыть желудочек по краю от поперечной борозды к верхушке, а правое предсердие — от промежутка между полыми венами к поперечной борозде.

40. Чтобы узнать, нет ли эмболии легочной артерии, надо ее вскрыть до извлечения сердца. Для этого разрезают ножницами переднюю стенку правого желудочка, начиная от границы верхней трети со средней сделанного уже разреза ее в направлении к левому краю начала легочной артерии, щадя переднюю сосочковую мышцу, и продолжают разрез до деления артерии на главные ветви.

41. Для исследования органов шеи, если на ней имеются наружные повреждения, отпрепаровывают вправо и влево кожу и рассматривают на свет, замечая более прозрачные (сдавленные) места и более темные, где могут быть кровоизлияния. В случае сомнения (странгуляционная борозда) берут для микроскопического исследования кусочки, вырезая их в виде трапеций, чтобы знать, где верхний и где нижний край. Отделяют все мягкие части от хрящей дыхательных путей, затем отсепааровывают сосудисто-нервные пучки, замечая, нет ли повреждений, как обширны кровоизлияния и где они находятся, какие сосуды, нервы и мышцы повреждены и как; сонные артерии вскрывают продольно.

Осматривают щитовидную и, где нужно, околощитовидные железы и в случае отклонения их от нормы отделяют, определяя их величину, вес, плотность и вид на разрезе.

Примечание. При смерти, связываемой с очень большим увеличением объема щитовидной железы, обращают внимание на резкую гипертрофию *mm. Sterno-cleido-mastoidei, scaleni* и мускулов, идущих от грудины и гортани к подъязычной кости. Затем по отсепааровании мышц осматривают железу и разрезают поперечно через толщу зоба и трахеи для осмотра просвета дыхательных путей (сужение) и, наконец, осматривают блуждающий нерв (смещение, сращения с зобом, атрофия).

Извлечение и вскрытие органов шеи и грудной полости

42. Органы шеи извлекают вместе с легкими, сердцем, пищеводом и грудной частью аорты. Для этого вкалывают нож снизу у подбородка в полость рта и пиловидными движениями ножа в направлении назад и кнаружи вдоль нижней челюсти перерезают дно полости рта на той и другой стороне. Затем извлекают язык и оттягивают его

к шее вниз, вкалывают нож на границе между мягким и твердым небом, отсекают мягкое небо от твердого и продолжают разрез с правой и левой стороны в направлении к углам нижней челюсти, окружая снаружи небные дужки и миндалины. Оттягивая язык, перерезают поперек заднюю стенку глотки и отделяют ее ножом от шейных позвонков, при этом пересекают по сторонам шеи возможно выше крупные сосуды и нервы шеи. Дойдя до грудной полости, перерезают под ключицами подключичные артерии и вены и, оттягивая вниз органы шеи левой рукой, отделяют от позвоночника лежащие в заднем средостении органы до самой диафрагмы. Здесь между двумя лигатурами, наложенными на пищевод, перерезают его, аорту, нижнюю полую вену и нижнюю часть перикарда и вынимают органы шеи и грудной полости в одном комплексе.

Примечания. 1. Если легкие очень плотно сращены с диафрагмой, они извлекаются вместе с частями ее, предварительно отрезанными.

2. Если обнаружены при осмотре большие изменения в нисходящей части грудной аорты (аневризма) или в пищеводе (опухоли) или подозреваются изменения в пищеводе и желудке или инородные тела, то органы шеи, грудной полости извлекаются вместе с органами живота способом, указанным ниже.

43. Осмотр извлеченных органов начинают с органов полости рта. Исследуют, нет ли там посторонних тел или болезненных изменений слизистой оболочки, не заметно ли на языке следов прикусывания; ощупывают подъязычную кость и гортанные хрящи, целы ли они; в случае повреждения надо разрезать мягкие части и описать повреждения, отметив, есть ли кровоизлияния в окружности. Затем надо перерезать мягкое небо возле язычка, осмотреть его и миндалины, разрезать последние посредине; далее рассечь заднюю стенку глотки до пищевода и осмотреть ее.

Потом, взяв (не надавливая на них) оба легкие в руки, приподнимают, замечая, какая жидкость и в каком количестве изливается из дыхательных путей. Затем вскрывают ножницами по задней стене пищевод, гортань и дыхательное горло, отмечая, что в них содержится и в каком состоянии слизистая оболочка. Наконец, вскрывают грудную аорту.

44. При осмотре легких замечают, не представляются ли они чрезмерно объемистыми или малыми и везде ли на ощупь равномерно мягки и упруги, везде ли прозрачна плевра и нет ли мелких кровоизлияний под нею, особенно на нижней поверхности и между долями. Вскрывают легкие глубокими разрезами по наружному краю от верхушки к основанию. При этом отмечают: цвет ткани в разрезе, количество и свойство изливающейся на поверхность разреза крови или пенистой отечной жидкости при соскабливании ножом или при сдавливании ткани пальцами, не выдавливаются ли из разрезов разветвлений бронхов слизь или другие вещества. Особое внимание обращают на те места, где ткань оказывается плотнее или мягче окружающих частей; в этих местах делают глубокие разрезы, чтобы видеть, отчего произошло изменение плотности. Бронхи разрезаются ножницами до мелких разветвлений для исследования их содержания и состояния слизистой оболочки. Так же разрезаются и разветвления легочной артерии. Наконец, осматривают бронхиальные железы, отмечая их величину, плотность и цвет на разрезе.

45. По отделении легких у самых ворот снова осматривают сердце. Измеряют его длину от начала аорты до верхушки, ширину на границе между желудочками и предсердиями и толщину на уровне наиболее выдающейся части передней поверхности. Затем приступают к внутреннему осмотру сердца. Для этого ножницами соединяют два боковых разреза, сделанных ранее по краю правого желудочка, и вскрывают легочную артерию (см. п. 40); затем то же делают и на левой стороне. К этому последнему прибавляют еще продольный разрез, который, начинаясь у верхушки, проходит вдоль перегородки желудочков вверх к середине промежутка между легочной артерией и левым ушком сердца, причем вместе с левым боковым разрезом образуется треугольный лоскут из передней стенки левого желудочка. Разрез этот продолжают на восходящую аорту и дугу ее. Раскрывая полости сердца, замечают их величину, толщину стенки желудочков, цвет, плотность сердечной мышцы и состояние перекладин и сосочковых мышц. Состояние сердечной мышцы отчетливее выступает, если произвести через треугольный лоскут продольный плоскостный разрез, проходящий через середину толщины стенки желудочка.

Далее определяют вид внутреннего покрова: достаточно ли он прозрачен и гладок, нет ли сморщивания, утолщения или изъязвления в области сердечных клапанов; не осталось ли в полостях кровяных свертков, каковы их свойства и плотно ли держатся свертки между перекладинами. Далее осматривают устья венечных артерий: достаточно ли они проходимы; ощупывают снаружи эти сосуды, нет ли на протяжении их затвердений. Затем вскрывают венечные артерии, замечая, нет ли тромба или утолщения их стенок, суживающего просвет. Осматривают аорту, замечая ее ширину и состояние ее стенок, а также вскрывают отходящие от дуги аорты крупные артериальные стволы; при повреждении сердца исследуют, какие части они занимают и в какие полости проникают.

Извлечение и исследование органов брюшной полости

46. После исследования органов шеи и грудной полости переходят к извлечению и исследованию органов брюшной полости.

Отделив пальцами селезенку от диафрагмы и осторожно разорвав, а если нужно, разрезав возможные сращения с соседними органами, извлекают ее первой, стараясь не повредить капсулы. Положив селезенку на стол воротами книзу, измеряют ее длину, ширину, толщину, и определяют, если можно, вес, отмечают степень напряженности и прозрачности капсулы. Затем делают глубокий продольный разрез через выпуклую наружную ее поверхность и определяют свойства селезеночной ткани: ее цвет, степень плотности, количество соскабливаемой с поверхности разреза мякоти, свойства мальпигиевых тел, заметны ли соединительнотканые перекладины (трабекулы) и не изменены ли как-либо сосуды.

47. После наружного осмотра кишок внимательно осматривают брыжейку, ее сосуды, лимфатические железы — как наружный их вид, так и их ткань, раскрываемую надрезами. Если есть подозрение на закупорку брыжеечных сосудов, их тщательно вскрывают малыми ножницами на всем протяжении, чтобы обнаружить тромбы и эмболы. Затем весь кишечный канал удаляют из трупа. Приподняв для этого одну из петель тонкой кишки, прокалывают ножом брыжейку у самой кишки и нежными пилообразными движениями продолжают отде-

ление кишки от брыжейки, идя вверх до двенадцатиперстной кишки. Наложив двойную лигатуру на верхний конец тощей кишки, отрезают ее между лигатурами; затем продолжают тем же приемом отделение тонкой кишки книзу до слепой. Надрезав ножом брюшину, переходящую на слепую и восходящую кишку снизу и снаружи, отделяют ее руками вместе с червеобразным отростком кверху до правого перегиба и дальше, разрезая ножницами или разрывая пальцами ее связки, сальник и брюшину. Отделив, далее, нисходящую толстую кишку до прямой, накладывают на последнюю двойную лигатуру и отрезают между ними толстую кишку от прямой. Описав внешний вид кишок, их вскрывают кишечными ножницами; тонкие кишки — по месту прикрепления брыжейки, а толстые — по одной из таenia над тазом, собирая в него содержимое и отмечая его свойства (цвет, количество, запах, густоту, реакцию, присутствие крови, паразитов и т. п.). Затем определяют состояние слизистой оболочки, особенно солитарных желез и пейеровых бляшек, нет ли на слизистой налетов, кровоизлияний, язв и каковы их свойства. При подозрении на отравление содержимое тонких и толстых кишок собирают отдельно в сосуды для дальнейшего химического исследования. Червеобразный отросток исследуют или продольным разрезом, или на нескольких поперечных.

48. Затем осматривают на месте поджелудочную железу, обращая внимание на ее размер, плотность, и надрезают ее по длиннику, определяя свойства ткани, строение, вид поверхности разреза, кровенаполнение, нет ли очагов омертвления жировой клетчатки, кровоизлияний, опухолей, растяжения протоков и камней в них.

49. Перед вскрытием желудка описывается его объем, степень налития его венечных сосудов, цвет его брюшинного покрова. Вскрытие желудка производят ножницами по срединной линии передней стенки, предварительно вычерпав осторожно содержимое через первый надрез в измерительный сосуд. Затем осматривают слизистую оболочку желудка, описывают ее свойства: цвет, толщину, складчатость, нет ли зернистости, кровоизлияний, изъязвлений, налетов, опухолей, каковы их свойства. После этого разрез продолжают в двенадцатиперстную кишку по ее передней и наружной стенкам, причем осматривают привратник, слизистую оболочку двенадцатиперстной

кишки, устье желчного протока. Последний испытывают на проходимость давлением на желчный пузырь. Затем желчный проток надрезают поперечно в связке ворот печени (lig. hepato-duodenale), подведя под нее указательный палец левой руки, и вскрывают ножницами кверху до печени и книзу до устья, причем определяют его ширину, присутствие ущемленных камней, свойства слизистой оболочки. Углубляя затем поперечный разрез связки, разрезают и исследуют воротную вену для определения ее содержимого (жидкая или свернувшаяся кровь, тромб, гной). Затем желудок вместе с поджелудочной железой, нижним концом пищевода и двенадцатиперстной кишкой удаляют из трупа. Для этого отделяют пищевод у входа в желудок от диафрагмы и, перерезав чревную и брыжеечные артерии и связи с печенью (малый сальник и печеночно-двенадцатиперстную связку), отделяют рукой корень брыжейки от забрюшинной клетчатки, аорты и нижней полой вены. После этого, продолжив разрез желудка в пищевод, осматривают вход в желудок, замечая, нет ли в нем изъязвлений, расширенных вен и изменений слизистой оболочки. При исследовании содержимого желудка определяют его количество, цвет, запах, густоту, реакцию; если в содержимом обнаруживаются плотные частицы, то их следует отделить, определить их свойства простым глазом, а если необходимо, под микроскопом (см. п. 86).

50. После осмотра печени на месте последовательно разрезают подвешивающую ее связку (lig. suspensorium), венечные, левую и правую, после чего печень извлекают на правую сторону и над реберными концами отрезают от нижней полой вены.

Положив печень на стол воротами книзу, определяют ее длинный и два коротких диаметра, высоту, отмечают гладкость поверхности, степень прозрачности ее капсулы, не просвечивают ли через нее какие-либо образования, притуплен или заострен передний край. Затем широкими разрезами через верхнюю поверхность вскрывают печень по ее большому диаметру; при этом определяют плотность ткани, ее цвет, ясность дольчатого рисунка, количество изливающейся из разрезов сосудов крови, выступающей из протоков желчи и ее характер, отмечают, закругляются ли края разреза и нет ли в ткани прослоек соединительной ткани, желчной окраски или каких-либо других

особенностей. Разрезав затем вдоль желчный пузырь и отметив свойства его содержимого (и в случае необходимости собрав его в особую банку) и слизистой оболочки, определяют, если возможно, вес печени.

51. Осмотром и ощупыванием надпочечников и почек на месте убеждаются, правильно ли их расположение и развитие. В случае надобности отпрепаровывают и исследуют сосуды надпочечников и почек, лоханки, мочеточники, причем определяют, не растянуты ли последние, нет ли в них ущемленных камней, рубцовых стягиваний, перегибов. Для извлечения почек вместе с надпочечниками вдоль выпуклого их края надрезают брюшину; почки с надпочечниками отделяют пальцами от жировой клетчатки внутри и извлекают после перерезки сосудов или вместе с мочеточниками, или отрезают от последних. Надпочечники исследуют одним разрезом, проводимым поперечно через переднюю их поверхность, причем определяют свойства их коркового и мозгового слоев. Извлеченные почки надрезают вдоль выпуклого края на глубину 2—5 мм. После этого отделяют пинцетом или пальцами волокнистую капсулу, замечая, снимается ли она легко и без частичек коркового вещества почек или с последними и какова поверхность почки: ее цвет, ровная или бугристая, нет ли рубцовых втяжений и не налиты ли звездчатые вены. Затем по первому надрезу почку разрезают пополам в глубину до лоханки, которую вскрывают ножницами до устья мочеточника, и отмечают, какова плотность ткани почки, ее цвет, ясна ли граница между корковым и мозговым слоями, какой толщины корка, много ли крови содержат сосуды и каковы их стенки, свойства почечных сосочков, величину и содержимое лоханок, свойство их слизистой оболочки. Мочевой пузырь, осмотренный со стороны брюшины, после отделения пальцами от лонного сращения и оттягивания его кверху вскрывают ножницами вдоль по передней стенке и через разрез вычерпывают осторожно его содержимое в особый сосуд; затем отмечают количество содержимого и его свойства, состояние слизистой оболочки.

52. В трупах мужского пола исследование половых органов начинается с яичек. Определив ощупыванием положение, величину и плотность как яичка с придатками, так и семенного канатика, при осторожном потягивании за канатик проталкивают яички надавливанием пальца-

ми через мошонку кверху, вдоль паховых каналов, до самого разреза брюшной стенки, помогая их освобождению надрезами брюшных мышц, клетчатки и оболочек яичка. Освобожденное от оболочки яичко разрезается продольно вместе с придатком. Обращают внимание, нет ли каких-либо особенностей в их строении и прочно ли связаны между собой или рыхло семенные трубочки (при погугивании их пинцетом). После этого извлекают тазовые органы. Для этого после предварительного надреза брюшины вдоль безымянных линий обеих подвздошных костей от прямой кишки до мочевого пузыря отделяют рукой все органы малого таза, разрывая рыхлую клетчатку, связывающую пузырь, прямую кишку и брюшину полости малого таза с лонным соединением, крестцом и боковыми стенками таза. По отделении органов таза от его стенок по всей окружности отрезают мочеиспускательный канал ниже предстательной железы и прямую кишку на уровне внутреннего сфинктера, завершая отделение извлеченных органов перерезкой всех сосудов на уровне мыса (*promontorium*). Извлеченные органы исследуют затем подробно. Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал вскрывают от места перерезки последнего ножницами по передней стенке; осматривают слизистую оболочку (цвет, выраженность мышечных перекладок, кровоизлияний, налеты, язвы, опухоли), семенной бугорок и устья мочеточников, проходимость которых испытывается введением тонкого зонда. Предстательную железу исследуют поперечным разрезом со стороны слизистой оболочки на уровне семенного холмика, причем отмечают ее плотность, величину долей и другие особенности.

Семенные пузырьки вскрывают несколькими поперечными разрезами через брюшину пузырно-прямокишечной складки или после отпрепаровывания их по ходу семявыносящего протока, отмечают их величину, степень наполнения секретом и свойства последнего. Прямую кишку вскрывают ножницами по задней стенке снизу вверх для обследования ее слизистой оболочки; отмечают ее цвет, нет ли кровоизлияний, налетов, язв, опухолей, инфильтратов и т. п.

53. При исследовании женских трупов после достаточного отделения органов малого таза по правилам, изложенным в предыдущем пункте, проводят сквозной овальный разрез, начиная его впереди клитора от лонного

соединения, кнаружи и кзади вдоль по внутренней или наружной границе больших половых губ и дальше кзади, обходя кругом задний проход, отделяют таким образом мочеиспускательный канал, влагалище и прямую кишку, прорезая насквозь тазовое дно у самых стенок тазового выхода. Освободив таким образом все тазовые органы с входом во влагалище, промежностью и заднепроходным отверстием, их извлекают кверху через большой таз и отделяют от крупных сосудов на уровне мыса (promontorium), как и в мужском трупе.

54. Если матка окажется в состоянии беременности, достигшей второй половины, то ранее извлечения тазовых органов рекомендуется разрезать переднюю стенку тела матки продольно по средней линии и извлечь плод, отметить его положение в матке, количество и свойства околоплодной жидкости, окружность его головки, вес; описываются признаки зрелости и гнилости и всякие отклонения от нормального развития.

55. По извлечении тазовых органов прежде всего вскрывают мочеиспускательный канал и мочевой пузырь, отмечая в них то же, что упомянуто выше в п. 52. Затем вскрывают влагалище по левой стенке, чтобы не повредить мочевого пузыря; отмечают его содержимое, степень выраженности поперечных складок, характер слизистой оболочки и ее повреждения. Если из маточного зева выступает содержимое, то описывают свойства его, определяемые невооруженным глазом и, если возможно, под микроскопом. Затем отмечают величину маточной шейки, ее плотность, форму и ширину маточного зева, не заметно ли разрывов или рубцов. Матку вскрывают продольным разрезом по срединной линии передней стенки, дополняемым кверху косыми разрезами к фаллопиевым трубам. Отмечают форму и размеры матки, ее содержимое, нет ли в нем остатков плодных оболочек, крови, гноя, слизи; каковы свойства слизистой оболочки, не замечается ли на ней места прикрепления последа или других изменений; какова толщина и плотность стенок матки, кровенаполнение ее сосудов; не появляется ли при сдавливании стенки на поверхности разреза капелек гноя, нет ли тромбов в венах околоматочной клетчатки; в каком состоянии находятся фаллопиевы трубы, поперечными и продольными разрезами исследуют их содержимое, определяют форму и размеры

яичников, свойства их поверхности, не замечается ли на ней рубцов, надрывов; продольными разрезами яичников устанавливают, нет ли в них желтого тела.

56. Наконец, определяют состояние брюшной аорты, нижней полой вены и их ветвей; осматривают нервные сплетения, кости позвоночника и таза. В случае вскрытия трупа беременной или родильницы измеряют вход, полость и выход малого таза, особенно когда запрашивается мнение о тяжелых родах.

Исследование черепной полости

57. Кожные покровы головы вместе с сухожильным шлемом обычно разделяются разрезом, проходящим от одного уха через темя к другому; на женских трупах нужно предварительно сделать поперечный пробор. При наличии повреждений разрез обходит их. Передний и задний лоскуты отделяют и оттягивают: первый — до надбровных дуг, второй — до затылочного бугра; при этом открываются часто не замеченные снаружи повреждения волосистой части головы. Для лучшего осмотра и описания повреждений костей на месте их должна быть соскоблена надкостница после крестообразного надреза. Черепная полость вскрывается круговым распилом костей, проходящим спереди на середине расстояния между лобными буграми и глазничными краями, а сзади захватывающим пальца на два чешую затылочной кости. При распиле следует по возможности избегать повреждения оболочек и вещества мозга; разъединение не дополненных местами костей заканчивается при помощи долота и молотка, причем необходимо делать это с осторожностью, так как при неосторожном разъединении костей долотом и молотком могут образоваться трещины, особенно в случае огнестрельных и других повреждений черепа. Если существуют крепкие сращения между костями и твердой оболочкой, то, оттягивая левой рукой крышку черепа, разрезают по направлению распила твердую оболочку, перерезая прежде всего серповидный отросток оболочки у петушьего гребня, и, когда крышка с оболочкой достаточно отделится, перерезают оболочку и на затылке. По снятии черепной крышки отмечают особенности запаха, издаваемого содержимым черепной полости. У детей почти до 10-летнего возраста черепная

крышка может быть отделяема только этим последним способом вместе с приросшей твердой оболочкой; в раннем детском возрасте при достаточной мягкости черепных костей можно их не распиливать, а резать крепкими ножницами или острыми щипцами.

Примечание. При подозрении на апоплексию, опухоли в мозгу, головную водянку и т.п. рекомендуется после произведенного распила черепной коробки не отделять ее, а ввести в раздвинутую щель распила костей мозговой нож и сделать разрез через твердую оболочку и весь головной мозг. В поставленную под черепом чашку можно собрать вытекающую при этом жидкость. На таком разрезе головной мозг является симметрично разрезанным по наибольшей площади белого вещества через центральные узлы, через полости боковых и среднего мозговых желудочков, и вместе с этим сохраняются для оценки все соотношения между веществом головного мозга, его оболочками и черепной коробкой. После осмотра поверхностей разреза на месте обе части головного мозга осторожно извлекают из полости черепной коробки и из полости основания черепной коробки для исследования на дополнительных разрезах.

58. При осмотре черепной крышки обращают внимание на целость ее, толщину, просвечивание, на степень выраженности пальцевых вдавлений, мозговых возвышений, пахионовых ямок, сосудистых бороздок и состояние черепных швов, не имеется ли асимметрии и деформации в связи с преждевременным заращением швов. При описании повреждений (переломов, трещин, проломов, вдавлений) отмечают, какими они представляются со стороны наружной и внутренней поверхности.

59. При осмотре твердой оболочки снаружи отмечают степень ее напряжения, нет ли повреждения, крови или гноя; после этого вскрывают большую серповидную пазуху и отмечают ее содержимое: жидкая или свернувшаяся кровь и какого цвета сверток в передней и задней частях. Потом разрезают твердую оболочку по краю распила и отделяют серповидный отросток у петушьего гребня; осматривают внутреннюю поверхность, нет ли излияния крови или воспалительного расширения сосудов. После этого извлекают мозг: приподнимая нижнюю

поверхность мозга спереди от основания черепа и перерезав нервы, разрезают поперечный отросток (мозжечковый намет) твердой оболочки, немного отступив кзади от верхнего ребра пирамид височных костей, и, наконец, в области затылочной дыры рассекают поперечно продолговатый мозг и кровеносные сосуды. По удалении мозга осматривают твердую оболочку в области основания черепа, замечая количество и качество остающейся в черепных ямках жидкости; затем отмечают степень наполнения пазух твердой оболочки, отделяют ее при помощи полотенца от костей основания черепа и осматривают последнее, отметив наличие или отсутствие трещин и т. п.

П р и м е ч а н и е. После осмотра внутренней поверхности дна черепной полости скалывают задние рожки турецкого седла и осторожно извлекают мозговой придаток, который исследуют на одном сагитальном разрезе и кладут в консервирующую жидкость для дальнейшего гистологического исследования, если этого требуют обстоятельства дела.

60. Извлеченный мозг взвешивают, измеряют и кладут основанием вверх, причем осматривают мозговые артерии, особенно основную, виллизиев круг и артерии сильвиевых борозд: достаточно ли тонки их стенки, не замечаются ли расширения просвета или утолщения стенок в виде желтоватых бляшек, проходимы ли их просветы. Затем осматривают мягкую оболочку снизу и сверху, отмечая степень прозрачности ее и наполнения сосудов, нет ли следов сращений с твердой оболочкой, а также не имеется ли отека или гнойного пропитывания. Далее по верхней поверхности полушарий мозга делают продольные разрезы мягкой оболочки и замечают, легко ли она отделяется от мозгового вещества, насколько она толста и сочна. Если найдено излияние крови в полости черепа, то при описании его указывают, находилось ли кровоизлияние между костями и твердой оболочкой, или между оболочками, или в толще мягкой (подпаутинные пространства), или же под мягкой оболочкой на поверхности мозга.

61. По исследовании мягкой оболочки осматривается поверхность мозга, насколько округлы или приплюснуты его извилины, не замечается ли особенного, например розового или темного, цвета в сером веществе коры, пра-

вильно ли развиты отдельные части; при этом ощупывают рукой осторожно, не замечается ли где особенной мягкости или затвердения. Затем, осторожно раздвигая полушария мозга, делают неглубокие продольные разрезы мозолистого тела у самого полушария, чтобы открыть полоски боковых желудочков; разрезы продолжают кпереди и несколько к середине, кзади и несколько кнаружи для открытия передних и задних рогов. После этого приподнимают посредине мозолистое тело и ножом, введенным поперечно в отверстие Монгои, перерезают тело снизу вверх; при отгибании частей мозолистого тела вперед и назад открывается третий желудочек с воронкой, а также верхние и боковые сосудистые сплетения. При осмотре желудочков замечают, каково их содержимое и в каком количестве, какова внутренняя поверхность (эпендима): не шероховата ли или размягчена, не увеличены ли полости желудочков, а также каково наполнение кровью (цвет) сосудистых сплетений. Для исследования вещества полушарий большого мозга разрезают их продольно от лобных до затылочных долей изнутри до мозговой коры; для исследования зрительных бугров, полосатых тел, четверохолмия разрезают их поперечно (во фронтальном направлении) сверху вниз до основания.

62. Для исследования прочих частей мозга можно предварительно отрезать поперечно от большого мозга мозжечок с варолиевым мостом и продолговатым мозгом. Делают срединный разрез по верхнему червячку, проникая в четвертый желудочек; тогда открывается дно его, ромбовидная ямка; отметив содержимое желудочка, внимательно исследуют дно, описывают его вид и затем многочисленными поперечными разрезами определяют свойства ткани; такими же разрезами оканчивается исследование продолговатого мозга. После этого надрезают полушария мозжечка горизонтально, начиная от наружных углов ромбовидной ямки, на две части и раскрывают поверхности разрезов; по этим поверхностям делают разрезы лучеобразно от углов ромбовидной ямки вглубь до мягкой оболочки.

63. При исследовании мозга разрезы должны быть достаточно глубоки и длинны, их нужно возможно шире раскрывать и осматривать, замечая, насколько влажно мозговое вещество, как наполнены его сосуды (много

или мало кровяных капелек выступает на разрезах), нет ли в нем кровоизлияний, размягчений, опухолей, гноя, ясны ли границы белого и серого вещества и симметричны ли рисунки последнего на поперечных разрезах. О каждом найденном изменении должно упоминать, где именно оно находится, какой величины и какой вид имеет в разрезе. Повреждения мозга, раневые каналы и т. п. должны быть исследованы послойными разрезами на всем протяжении, причем обращают внимание на возможность нахождения посторонних тел.

Примечания. 1. Для исследования внутреннего слухового органа скалывают долотом верхнюю костную крышку среднего и внутреннего уха, а затем осматривают содержимое внутренних их полостей и состояние костного вещества. Можно выпилить всю височную кость и сделать распил последней через всю каменистую часть (пирамидку), если это требуется для специального исследования.

2. Для исследования содержимого глазницы, состояния глазного яблока и окружающей его клетчатки нужно сколоть долотом верхнюю костную крышку глазничной впадины.

3. Для исследования носовых полостей рекомендуется сделать сагиттальный распил по срединной линии через основание черепной коробки и затылочную дыру. По раздвигании обеих половин основания черепной коробки ножницами отрезается сошник и осматриваются обе половины носовой полости.

Исследование позвоночника и спинного мозга

64. Для вскрытия позвоночного канала кладут тело спиной вверх. Кожный разрез ведут по вершинам остистых отростков позвонков от затылка до копчика. После этого как кожу, так и мышцы отделяют в стороны от позвоночника при помощи ножа; позвонки по возможности чисто освобождают от мягких тканей; при этом замечают, нет ли повреждений или болезненных изменений как в мягких частях, так и в костях.

65. Позвоночный канал вскрывают при помощи долота или простой пилы или двойной (рахнотомы); этими инструментами отделяют дуги позвонков от их тела, после чего, производя извлечение за остистые отростки

и перерезая ножом связки, вскрывают позвоночный канал. У малолетних детей канал вскрывают легко при помощи крепких ножниц или хрящевого ножа спереди, отсекая позвонковые тела (при положении трупа на спине).

На обнаружившейся твердой оболочке замечают цвет, степень напряженности, прозрачность и кровенаполнение; затем захватывают пинцетом твердую оболочку и извлекают спинной мозг, перерезая корешки его снаружи твердой оболочки, а внизу — конский хвост; мозг в твердой оболочке извлекают, приподнимая нижний конец и избегая при этом всякого насилия, особенно же перегибания. По извлечении мозга внимательно осматривают позвоночный канал и межпозвоночные отверстия.

66. Извлеченный спинной мозг кладут на полотенце и на нем разрезают продольно переднюю и заднюю часть твердой оболочки. После этого отмечают, какова прозрачность мягкой оболочки, цвет ее и содержание крови, нет ли сращений между оболочками или между мягкой оболочкой и спинным мозгом, что содержится в подпаутинных пространствах. Самый мозг вначале осторожно ощупывают пальцем, особенно по задней поверхности, чтобы убедиться в достаточной плотности мозгового вещества. Мозг исследуют поперечными разрезами по возможности без нарушения связи с твердой оболочкой; обращают внимание на толщину и форму каждого отдела и особенно на симметричность обеих половин, ясно ли разграничено серое и белое вещество, правильны ли фигуры первого в разрезе, равномерна ли плотность, выступает ли одинаково вся поверхность разреза или на ней замечаются особо выдающиеся или углубленные места, в какой степени влажна поверхность разрезов; наконец, обращают внимание на мозговые корешки, их толщину и цвет.

Исследование внутренних органов по методу «полной эвисцерации». Порядок исследования

67. Первый кожный разрез, отсепаровывание покровов, вскрытие больших серозных полостей и подробный их осмотр на месте производятся вышеописанным (в пп. 34 и 41) образом.

68. Органы шеи и грудной клетки извлекают способом, указанным в п. 42, причем эти органы не отрезают

от грудобрюшной преграды, а перерезают прикрепления самой грудобрюшной преграды к краям нижнего отверстия грудной клетки и позвоночнику.

Затем отсепаровывают брюшину со всеми прилежащими к ней органами от стенок живота и малого таза и перерезают мочеиспускательный канал и прямую кишку над заднепроходным отверстием. В некоторых случаях не перерезают мочеиспускательный канал и прямую кишку, а вырезают и наружные половые органы, оставляемые при общем органокомплексе. Для облегчения выреза органов малого таза с наружными половыми органами можно сделать хрящевым ножом предварительное рассечение лонного сращения.

После произведенной только что описанным способом полной эвисцерации органов шеи, грудной клетки, живота, малого таза и половых органов со всей промежностью получается органокомплекс, в котором, кроме внутренних органов, включены нервы, кровеносные и лимфатические сосуды, клетчатка, диафрагма и брюшина.

69. В хирургических случаях, особенно после операций на желудочно-кишечном тракте, можно подробно не разбираться в трупе во избежание нарушения целостности анатомических отношений, а, наоборот, предпочесть сделать это исследование при более удобных условиях уже после аккуратно произведенной полной эвисцерации. Все турунды, дренажи и т. п. оставляются на местах, так как при этом осложнения после операции получают более легкое объяснение. При производстве полной эвисцерации нужно остерегаться травматизации органов, нужно избегать излишних насилий и спокойно действовать ножом или рукой, отделяя в нужных местах органокомплекс от подлежащих тканей.

70. Затем органокомплекс переносят на отдельный столик для исследования его после обсушивания и очищения от приставшей крови, после чего производят подробное обследование вынутого органокомплекса со всех сторон, поворачивая его по всем направлениям; далее избирают путь исследования на разрезах по одному из приведенных ниже методов или комбинаций их в зависимости от особенностей случая.

71. Метод основной. Вскрывающий ведет свое исследование с поверхности лежащих органов, постепенно подходя к глубже лежащим органам.

Обычно исследование ведется в следующем порядке (всегда возможны отклонения в зависимости от особенностей случая):

1) Органоккомплекс кладут вентральной поверхностью на столик, а дорсальной поверхностью — перед глазами вскрывающего; исследуют грудной проток.

2) Вскрывают нисходящую аорту с ее ветвями.

3) Перерезают аорту на уровне бифуркации трахеи. Отмечают наличие или отсутствие при этом резкого расхождения ее отрезков (наблюдается при гипоплазии аорты).

4) Отсепаровывают грудную аорту до уровня диафрагмы для обнажения задней стенки пищевода.

5) Вскрывают нижнюю полую вену и верхнюю полую вену с их ветвями (при подозрении на тромбоз их).

6) Вскрывают глотку и пищевод по задней стенке.

7) Перерезают пищевод на уровне бифуркации трахеи и отсепаровывают его для обнажения области средостения с ее лимфатическими узлами.

8) Исследуют на разрезах лимфатические узлы средостения и осматривают область ворот легких.

9) Осматривают и надрезают миндалины и аденоидные скопления корня языка и зева (st. lymphaticus).

10) Вскрывают гортань, трахею и бронхи до мелких их разветвлений.

11) Надрезают и исследуют все легочные доли.

12) Обнажают оба надпочечника и осматривают их на сечениях через корковый и мозговой слой.

13) Обнажают обе почки и исследуют их на обычном разрезе. Осматривают вскрытые лоханки и исследуют оба мочеточника до мочевого пузыря.

14) Органоккомплекс поворачивают на правый бок так, чтобы левый его бок лежал перед глазами вскрывающего.

15) По толстому катетеру, введенному в ранее вскрытый пищевод, вскрывают желудок и в подставленную банку собирают содержимое желудка.

16) Органоккомплекс перевертывают вверх вентральной его стороной так, чтобы все расположение органов напоминало таковое в трупe.

17) После обычного вскрытия полостей сердца — по току крови (без просовывания пальца в отверстие) — вскрывают легочную артерию и аорту с ее дугой. При

подозрении на эмболию легочной артерии все исследование начинают с исследования сердца. Исследуют венечные артерии, степень сердечного ожирения и его топографию (проращение жиром правого сердца и область хода гисова пучка).

18) Исследуют селезенку на разрезах.

19) Подробно осматривают брыжеечные лимфатические узлы и надрезают их. Исследуют воротную вену и брыжеечные артерии.

20) Разрезают (или разрывают) связку между большой кривизной и ободочной кишкой для исследования поджелудочной железы. Осматривают окружающую ее жировую клетчатку (некрозы).

21) Под область печени подкладывают комком смятую простыню таким образом, чтобы печень, край которой должен быть запрокинут кверху, была фиксирована, как на горке, а перед глазами вскрывающего выступила бы область двенадцатиперстной кишки.

22) Находят начало тощей кишки, делают в стенке кишки прорез и вводят через него клювовидный толстый катетер или буж по направлению к двенадцатиперстной кишке. По введенному катетеру вскрывают двенадцатиперстную кишку, оберегая место хода желчного протока (фатеров бугорок).

23) Исследуют проходимость желчного протока, осматривают и вскрывают желчный пузырь.

24) Исследуют печень на обычных надрезах.

25) Вскрывают тощую и подвздошную кишку до баугиниевой заслонки (кишку разрезают вдоль и непосредственно впереди прикрепления кишки к брыжейке таким образом, чтобы вся кишечная стенка сохраняла связь со своей брыжейкой).

26) Вскрывают толстые кишки (при вскрытии кишок содержимое их во избежание загрязнения и для исследования может быть собрано в подставляемую банку).

27) Вскрывают мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, матку с придатками, параметральную клетчатку и прямую кишку.

72. В подозрительных на отравление случаях нужно вырезать между лигатурами желудок с его содержимым и исследовать по обычному для отравлений методу.

73. При наличии каких-либо необычных соустьев, перфораций, свищей и т. п. нужно оберегать таковые от

лишних разрезов, для того чтобы сохранить целостность анатомических отношений.

74. В особо сложных случаях можно применять следующие варианты.

Метод исключения. Употребляется в сложных опухолевых случаях для определения первичного фокуса опухоли, при плотных спайках комплекса и т. п. После подробного осмотра извлеченного органокомплекса исследуют сначала все органы, которые с несомненностью не имеют отношения к основному процессу, а затем уже оставшийся неисследованным органокомплекс исследуют по методу «искания».

Метод «искания». Применяется при очень плотных спайках больших групп органов между собой. До исследования заготавливают несколько длинных разной толщины мягких металлических зондов и клювовидных металлических бужей или катетеров. Точно намечают топографо-анатомические ясные пункты, в нужных местах делают прорезы и через них проводят зонды или катетеры для ориентировки в топографии спаянных между собой органов. После обнаружения наиболее выгодного направления делают по линии проведенного катетера разрезы, которые постепенно разъясняют отношения между органами. Этот метод незаменим при сложных язвенных процессах, свищах, аномальных соустьях и т. п., особенно в брюшной полости. Только после ориентировки указанным способом можно уже не бояться смелых (но сознательных) разрезов в глубину тканей и таким образом обнажить скрытые в глубине анатомические детали.

Метод плоскостных сочетаний. В исключительных, редких, случаях спайки между органами настолько деформируют соотношения между ними, что предыдущими методами не удается выяснить создавшихся отношений между органами. В таких случаях можно поступать следующим образом: все исследование ведется, пока возможно, по одному из описанных выше методов, а затем не поддающийся обычному исследованию органокомплекс (resp. конгломерат тканей) осматривают еще раз, для того чтобы избрать наиболее выгодное направление для ряда глубоких надрезов в виде параллельных сечений. Получаемые при этих разрезах параллельно лежащие пластинки ткани остаются связанными между собой общим корешком наподобие раскрытой книжки.

IV. ПРАВИЛА, СОБЛЮДАЕМЫЕ ПРИ ВСКРЫТИИ ТРУПОВ НОВОРОЖДЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ

75. При исследовании трупа новорожденного младенца эксперт должен подробно ознакомиться со всеми собранными представителями следствия или дознания сведениями не только об обстоятельствах, при которых мертвое тело обнаружено, но и обо всем, что касается здоровья матери и течения родов, а также выяснить, при каких условиях сохранялся труп до времени его вскрытия.

76. При наружном осмотре обращают внимание на признаки гнилости и особенно на признаки зрелости плода. Отмечают в точности вес и длину тела, окружность головы, наибольший длинный (от надпереносья до самой выдающейся точки затылка) и наибольший поперечный (межтеменной) размеры, а также большой косой (от подбородка до наиболее удаленной точки затылка); поперечник плеч и бедер; далее замечают свойства кожи (пушок, сыровидная смазка), длину волос на голове, свойства глаз, степень развития носовых и ушных хрящей, а также ногтей на пальцах; в каком расстоянии от мечевидного отростка и лонного сращения прикреплена пуповина; при осмотре половых частей отмечают правильность их развития, например у ребенка мужского пола находятся ли яички в мошонке, как расположено отверстие мочевого канала, насколько прикрыта головка члена крайней плотью и как сформирован сам член. Кроме того, исследуют нижний эпифиз бедренной кости на присутствие в нем ядра окостенения и возможных патологических изменений; для этого после полулунного разреза покровов вскрывают коленный сустав под надколенной чашкой, отворачивают ее с мышцами кверху, а затем тонкими горизонтальными срезами хрящевой ткани идут от ядра окостенения эпифиза и измеряют наибольший его диаметр в миллиметрах.

77. Обращают также внимание, нет ли неправильностей в образовании тела, которые могли бы влиять на жизнеспособность, нет ли повреждений на поверхности тела; в отношении последних особенно внимательно осматривают волосистую часть головы, рот, шею, область позвоночника, задний проход и половые части. Отмечают, нет ли на голове родовой опухоли, какова пуповина:

сочна, толста, отделена ли от последа, перевязана ли, какой вид имеет место отделения отрез или разрыв и как далеко отстоит от брюшной стенки. Если имеется послед, отмечают его вес, форму, размеры, место прикрепления пуповины и свойство ткани, в каком количестве и какие оболочки имеются на последе.

78. При производстве вскрытия трупов новорожденных младенцев поступают так, как при вскрытии тел взрослых с включением следующих особенностей.

79. Для разрешения вопросов о живорожденности должны быть произведены по крайней мере две пробы — легочная и желудочно-кишечная. При наружном осмотре обращают внимание на степень округлости грудной клетки и вздутия живота. Вскрыв затем брюшную полость, отмечают высоту стояния купола грудобрюшной преграды; до вскрытия грудной полости отпрепаровывают дыхательное горло и перевязывают его. Вскрыв грудную клетку, замечают, насколько объемисты легкие, их цвет, плотность ткани на ощупь, что содержат плевральные полости; затем вскрывают окологердечную сумку, определяют ее содержимое и наружные свойства сердца. После этого перерезают дыхательное горло выше перевязки, обращая внимание, не вытекает ли что-либо из верхнего отдела, и приступают к извлечению легких вместе с сердцем и вилочковой железой. Все это опускают осторожно в просторный сосуд, наполненный водой; при этом замечают, остаются ли легкие на поверхности воды или тонут и притом скоро или медленно. Затем удаляют вилочковую железу и вскрывают сердце обычным способом. Для исследования артериального боталлова протока из правого желудочка вскрывают легочную артерию малыми ножницами по передней стенке вверх; тогда открываются сначала правая и левая ветви легочной артерии, а немного выше — отверстие боталлова протока, в который вводят зонд по направлению справа налево и снизу вверх в аорту. Осмотрев легкие снаружи, следует отделить их от бронхов, а плавательную пробу повторить с одними легкими, замечая, равномерно ли плавают или погружаются отдельные части легких; то же повторяют с каждой отдельной легочной долей. Наконец, определяют разрезами свойства легочной ткани и каждую долю изрезают на кусочки, испытывая их плавательную способность; кроме того, отдельные кусочки сдавлива-

ют под водой пальцами, наблюдая, не поднимаются ли из них пузырьки газа на поверхность воды.

80. Сердце внимательно осматривают снаружи, не замечаются ли мелкие кровоизлияния под серозным покровом (пятна Тардые); доканчивают вскрытие сердца и осматривают овальное отверстие, насколько оно открыто. Вилочковую железу измеряют и взвешивают, описывают ее форму и каковы свойства ее ткани при разрезах.

81. Для производства желудочно-кишечной пробы перевязывают желудок у входа и выхода двумя лигатурами в каждом месте; удобнее делать это до извлечения грудных органов. Также перевязывают отделы толстых и тонких кишок, особенно там, где замечается скопление газов; отделенные лигатурами части кишок и желудок испытывают на плавание, подобно легким. По окончании этой пробы осматривают брюшную полость: правильно ли образованы пупочные сосуды, артерии и вены, а также аранцев проток; последний и пупочную вену исследуют зондом на проходимость. Затем брюшные и органы шеи вскрывают обычным способом.

82. При вскрытии черепной полости необходимо обратить внимание на степень развития родовой опухоли, какую часть головы, какую поверхность она занимает и какова ее толщина; испробовать смещаемость черепных костей, замечая, нет ли недостатков их развития, сходных с повреждениями. Описав роднички, вскрывают черепную полость не пилой, а крепкими ножницами, отделяя частями кости вместе с твердой оболочкой и отмечая наполнение ее венозных пазух. В случае невозможности извлечь мозг в целости вследствие мягкости мозгового вещества снимать послойно широким ножом, описывая найденное; особого внимания при этом заслуживают малый и продолговатый мозг, которые по удалении большого сравнительно легко извлекаются в целости и могут быть вскрыты обычным способом.

Примечание. При вскрытии новорожденных следует обращать внимание на разрывы и кровоизлияния в намете (*tentorium*) и в серповидном отростке (*falx cerebri*), которые могут служить указанием на повреждения при родах.

Лучше всего это удастся, если обрезать кругом и снять каждую половину черепной крышки отдельно. Для этого втыкают острую ветвь крепких ножниц

в боковой (латеральный) конец ламбдовидного шва, рассекают чешую затылочной кости почти до середины, недалеко от ее середины ведут дальше разрез (тупой ветвью ножниц внутрь) вперед, вдоль и вблизи стреловидного шва, так что продольная пазуха остается неповрежденной. Этот разрез продолжают до середины лобной выпуклости, а отсюда его вновь поворачивают кнаружи, горизонтально, до соединения с ранее сделанным разрезом.

Таким образом, удаляют обе половины черепной крышки, осматривают и исследуют черепные кости, осматривают поверхность черепа, вынимают каждую половину мозга отдельно и исследуют ее; осматривают мозжечковый намет и серповидный отросток, ножницами отделяют мозжечковый намет от скалистой кости, осматривают нижнюю поверхность намета, вынимают варолиев мост, мозжечок и продолговатый мозг.

V. ПРАВИЛА, СОБЛЮДАЕМЫЕ ПРИ ВСКРЫТИИ, КОГДА ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОТРАВЛЕНИЕ

83. В этих случаях эксперт должен требовать от производящего следствие (дознание) вместе с другими сведениями показания родных, близких покойного, равно как и лечившего врача, какие именно припадки замечались до смерти; от лечившего врача должны быть истребованы сведения о болезни с указанием примененных врачебных пособий. Равным образом эксперт должен ознакомиться с протоколом осмотра жилища отравленного, не найдено ли там чего-либо подозрительного в банках, коробочках, в посуде, на кухне и т. п.

84. При подозреваемом отравлении вскрытие ведется следующим образом. После наружного осмотра, при котором с особой внимательностью замечаются малейшие повреждения на поверхности, исследуются все естественные отверстия тела, производится обычным порядком общий осмотр полостей — брюшной, плевральной и околосердечной. Из внутренних органов первым осматривается и вскрывается сердце, а после него желудок и кишечный канал. Затем следуют органы шеи и полость рта, остальные грудные органы, остальные брюшные органы и, наконец, черепная полость. Если бы наружным осмот-

ром было установлено, что яд введен не через рот, а, например, через половые органы, то по вскрытии сердца исследуют эти органы, а далее вскрытие производится в указанном порядке.

85. Желудок и кишки требуют при этом особенного внимания. После подробного наружного осмотра накладывают по две лигатуры у входа и выхода желудка; между перевязками с обоих концов перерезают, извлекают желудок и кладут его в чистую чашку: желудок вскрывают по передней стенке, содержимое выливают в градуированный сосуд, а самый орган внимательно осматривают и ощупывают как снаружи, так и по внутренней поверхности. Таким же образом перевязывают отдельно тонкие и толстые кишки, вскрывают над чистой чашкой, содержимое собирают в отдельные градуированные склянки.

86. После описания стенок желудочно-кишечного канала приступают к исследованию его содержимого. Отмечают количество, степень густоты, цвет и общий вид, запах, реакцию (кислая или щелочная); определяют простым глазом и, если возможно, посредством микроскопа свойство плотных частиц и производят, если возможно, элементарные химические пробы в зависимости от обстоятельств дела.

87. В случае необходимости химического исследования частей трупа должны быть взяты в отдельные банки: 1) желудок и все его содержимое, 2) около метра тонких кишок из наиболее измененного отдела и все их содержимое, 3) приблизительно одна треть печени с желчным пузырем, 4) одна почка и вся моча; в зависимости от особенностей предполагаемого отравления могут быть взяты также: 5) около метра толстых кишок и их содержимое, 6) часть наиболее полнокровной легочной ткани, вся селезенка, сердце и кровь, в нем содержащаяся, 7) часть головного и часть спинного мозга. Равным образом по указанию эксперта могут быть взяты и другие части, не перечисленные здесь, как-то: кожа, клетчатка и мышцы из места предполагаемого введения яда, волосы, куски костей и т. п.

При вырытии из земли уже погребенного мертвого тела могут быть взяты по указанию эксперта около килограмма земли из могилы, из-под гроба, куски одежды, обивка гроба, украшения и т. п.

88. Назначенные для химического исследования части трупа не должны быть обмываемы и соприкасаться с химическими небезразличными веществами. Они помещаются без прибавления к ним какой-либо консервирующей жидкости в совершенно чистые широкогорлые стеклянные банки. Банки плотно закрывают стеклянными притертыми пробками или чистыми, не бывшими в употреблении простыми пробками. Поверх пробки головку банки обертывают чистой бумагой, обвязывают тонкой бечевкой или толстой крепкой ниткой, концы которой припечатывают печатью представителя следствия (дознания).

Каждую банку помечают цифрой в последовательном порядке и снабжают надписью, в которой обозначают: 1) какие части тела помещены в банку, 2) в каком количестве по весу или объему, 3) от какого трупа, 4) когда произведено вскрытие.

Банки передаются экспертом под расписку представителю следствия (дознания) для немедленной пересылки в лабораторию на исследование. В расписке должно быть указано: когда и от какого трупа взяты части, сколько банок получено от эксперта, с какими надписями, как они были упакованы.

Банки направляются в лабораторию при сопроводительном документе и с приложением копии акта судебно-медицинского исследования трупа. В сопроводительном документе сообщается: от какого трупа взяты части, во скольких банках помещены они, что именно находится в каждой банке, в каком количестве по весу или объему, какими ядами предполагается отравление и какие яды можно исключить.

Необходимо принимать все меры к скорейшей пересылке частей трупа в химическую лабораторию. Если же по какой-либо причине скорая доставка их в лабораторию невозможна, то они заливаются ректифицированным спиртом, причем одновременно с посылкой банок в лабораторию посылается также проба спирта, взятого для консервирования, в количестве не менее 200 г.

89. В случае необходимости спектрального исследования назначаемые для того жидкости должны быть взяты чистыми: например, кровь — непосредственно из сердца. Они наливаются в скляночки вместимостью 10—30 мл, наполняемые до пробки.

VI. ПРАВИЛА СОХРАНЕНИЯ ОРГАНОВ ДЛЯ АНАТОМИЧЕСКОГО, ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО, МИКРОСКОПИЧЕСКОГО, БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО И БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

90. Если эксперт найдет необходимым сохранить какие-либо органы или части их для дальнейшего анатомического или патологоанатомического исследования, то он должен консервировать их, положив в 10% раствор формалина или крепкий спирт.

Предназначенные для микроскопического исследования кусочки органов толщиной не более 0,5—0,75 см также кладутся в 10% раствор формалина или в крепкий спирт. Стеклянные банки, в которых посылаются кусочки органов, должны быть хорошо закупорены, опечатаны, тщательно упакованы и снабжены соответствующей надписью. В сопроводительном документе указывается: что именно посылается, цель исследования, в чем консервированы объекты исследования. К сопроводительному документу прилагается копия акта исследования трупа.

91. В тех случаях, когда имеется подозрение, что смерть наступила от инфекционной болезни или бактериального пищевого отравления (мясо, колбаса, рыба, молоко и пр.), и вместе с тем исследование трупа не дает ясных указаний на характер инфекции или отравления, необходимо сделать бактериологическое исследование. В зависимости от особенностей случая берут для бактериологического исследования кровь или содержимое кишок или желчного пузыря, кусочки органов и т. д.

В некоторых случаях, например при наличии какого-либо воспалительного очага или патологического скопления, бывает достаточным лишь бактериоскопическое исследование тканевого сока или, например, гноя; для этого указанный материал размазывают тонким слоем на предметном стекле и фиксируют на пламени. При подозрении на смерть от малярии делают на предметных стеклах мазки из крови трупа, которые отправляют на исследование в подсушенном виде без фиксации.

Для бактериологического исследования крови ее берут из вен локтевого сгиба. Для этого кожу локтевого

сгиба обеззараживают йодной настойкой или спиртом и эфиром и прокаленным ножом делают глубокий поперечный разрез через кожу и подлежащие ткани. Вытекающую из разрезанных вен кровь набирают в стерильную пастеровскую пипетку, которую потом запаивают на пламени с обоих концов.

При подозрении на тиф, паратиф и пищевые отравления берут желчь из желчного пузыря. Для этой цели поверхность желчного пузыря прижигают накаленным металлическим инструментом (скальпелем и др.), в этом же месте через стенки пузыря вкалывают пастеровскую пипетку и набирают в нее содержимое пузыря; пипетку запаивают, как указано выше. Можно также отпрепарировать желчный пузырь от печени и, перевязав его шейку, целиком поместить в стерильную банку. Таким же способом поступают для бактериологического исследования содержимого других полостей, например фаллопиевых труб.

Для бактериологического исследования содержимого кишок, например, при подозрении на холеру, пищевые отравления одну из петель тонкой кишки перевязывают двумя лигатурами и, отрезав, помещают в стерильную банку. Если же кишечник уже вскрыт, берут в стерильную пробирку его содержимое.

Кусочки органов берутся (вырезаются) прокаленным ножом и тотчас же переносятся в стерильные сосуды.

При подозрении на смерть от бешенства берут кусочки головного мозга из области аммоновых рогов, причем одну часть кусочков помещают в банку с чистым глицерином, другую часть — в банку с крепким спиртом; кроме того, берут продолговатый мозг, помещая его в банку с 10% раствором формалина.

Взятый для бактериологического исследования материал немедленно посылается в соответствующую лабораторию с указанием, что именно посылается, цели исследования, времени получения материала (день и час) и с копией акта исследования трупа.

Посылаемые в лабораторию объекты должны быть тщательно упакованы; стеклянные банки, пробирки, пипетки следует упаковать так, чтобы они не могли разбиться при пересылке и находящийся в них жидкий материал (кровь, желчь и пр.) не мог вытечь наружу.

Для упаковки берутся прочные деревянные ящики. Хорошо закупоренные стеклянные сосуды обертываются ватой, марлей и пр., чтобы они лежали в ящике неподвижно и не прикасались друг к другу. Посылка обвязывается крепкой веревкой и опечатывается. На посылке должна иметься надпись «Осторожно». Адрес лаборатории должен быть написан четко.

Стекла с подсушенными и зафиксированными мазками на них прикрываются другими чистыми стеклами, завертываются в чистую белую пропускную (фильтровальную) бумагу и вату, упаковываются сначала в картонную, а затем для пересылки в прочную деревянную коробку. К каждому отсылаемому для исследования объекту прилагается ярлык с обозначением, что именно отсылается, имени и фамилии покойного, времени взятия материала из трупа.

При подозрении на чуму, сап, холеру, сибирскую язву, бешенство необходима особенно тщательная упаковка. Для этого материал, находящийся в хорошо закупоренных стеклянных сосудах, помещается в жестяную коробку. Обкладкой для сосудов может служить вата, марля и пр. Жестяная коробка тщательно запаивается и помещается в прочный деревянный ящик.

Нужно посылать объекты без всякого замедления, которое может невыгодно отразиться на результатах исследования. О посылке необходимо предупредить лабораторию по телеграфу или телефону.

92. Для биологического исследования крови последняя засушивается в количестве 2—3 мл на фильтровальной бумаге, а в подходящих случаях кровь в свежем виде немедленно отсылается в лабораторию в стерилизованной посуде.

93. В случае необходимости исследования найденных волос они отсылаются в лабораторию завернутыми в чистую белую бумагу с соответствующей надписью. Кроме того, посылаются для сравнения образцы осторожно вырванных (пальцами, а не пинцетом) волос трупа с передней, средней и задней части головы, висков, бороды, усов, бак и, если представляется необходимым, лобковые волосы, бровей и пр.

ИНСТРУКЦИЯ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРИ ВСКРЫТИИ ТРУПОВ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ НЕДЕЛЬ И МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Приложение 3

к приказу министра здравоохранения РСФСР от 8 сентября
1952 г. за № 669

При вскрытии трупов новорожденных детей первых недель и месяцев жизни необходимо обращать очень большое внимание на состояние пупка, пупочных артерий, пупочной вены и непосредственно связанных с последней сосудов, т. е. воротной вены и ближайших к воротам разветвлений ее в печени. Отмечается толщина (контуры этих сосудов, которые могут быть неясны в случае воспалительной инфильтрации, отека или гнойного пропитывания окружающей подбрюшинной клетчатки), а затем на ряде поперечных разрезов, сделанных бритвой или острым ножом, исследуется состояние их стенок и просвета, а также характер содержимого. При этом надо иметь в виду, что, помимо ясного утолщения стенок на большом протяжении и присутствия гнойного содержимого в просвете, когда диагноз гнойного тромбангита является сразу несомненным, воспалительный процесс в любом отрезке того или иного из указанных сосудов может протекать и при гораздо менее заметных, иногда совсем не определимых макроскопически признаках. Это зависит или от чрезвычайной ограниченности поражения, когда гнойный очаг имеет настолько ничтожные размеры, что легко может не попасть ни в один из проведенных поперечных разрезов (тем более, что в таких случаях утолщение сосуда иногда бывает крайне слабо выражено), или же от того, что процесс не носит гнойного характера и не дает обычной картины тромбартериита или тромбофлебита. Во многих случаях сосуд для невооруженного глаза представляется либо пустым и спавшимся, либо облитерированным, либо, наконец, содержащим жидкую кровь или кровяной сгусток. Между тем под микроскопом можно убедиться, что в нем разыгрывается продуктивный, продуктивно-инфильтративный или продуктивно-некротический процесс различной глубины, распространенности и силы. В таких слу-

чаях стенка сосуда оказывается в той или иной части инфильтрированной или превращенной в грануляционную ткань, иногда с поверхностным некрозом. Изредка просвет сосуда даже нацело зарастает грануляционной тканью различного клеточного состава. При этом большей частью в мазках (или в посевах) из содержащейся в просвете крови или из соскоба с внутренней поверхности сосуда, или из тканевой жидкости, добытой из поперечного разреза сосуда острием небольшого скальпеля, удастся без труда обнаружить тех или иных микробов.

Однако в некоторых случаях бактериологическое исследование остается безрезультатным и только гистологически бывает возможно доказать наличие воспалительного процесса.

Надо заметить, что в грануляционных очагах, развивающихся в стенке и в просвете сосудов, инфекция может находиться в течение долгого времени в дремлющем (латентном) состоянии, обостряясь иногда совершенно неожиданно под влиянием каких-нибудь неблагоприятных условий: нарушение питания, случайные интеркуррентные заболевания и т. п.

Этим и объясняется то обстоятельство, что септицемия или септикопиемия при инфекции через пупок очень нередко вспыхивает сравнительно поздно, давая соответствующую клиническую картину и смертельный исход через 3—4 недели, иногда через 2—3 месяца после рождения.

Имеются отдельные случаи пупочной инфекции, закончившиеся смертью от гнойного перитонита или множественных абсцессов печени даже у детей 1—1½—2-летнего возраста.

Кроме того, опыт показывает, что пупочный сепсис, иногда с ясной микроскопической картиной гнойного тромбофлебита или тромбоартериита нередко обнаруживается на секционном столе, даже в тех случаях, в которых клинически никакого подозрения на такое заболевание не было. Поэтому при вскрытии трупов всех новорожденных детей первых недель и месяцев жизни необходимо, кроме тщательного осмотра всей пупочной области на секционном столе (так, как это было указано выше), делать мазки или посевы из содержимого пупочных сосудов и отделяемого пупочной ямки (если таковое

имеется), а кроме того, наиболее подозрительные участки этих сосудов подвергать гистологическому исследованию.

Лучше всего брать артерии и вену целиком во всю их длину, разрезать после фиксации на 4—5 кусков, которые после заливки помещать на 1—2 блока и делать из них поперечные срезы.

Только при этих условиях вопрос о наличии или отсутствии пупочного сепсиса в каждом отдельном случае может быть решен с большей или меньшей определенностью.

Очень желательно делать в прозектурах отдельную сводку всех случаев, когда клинически или патологоанатомически было определено или даже только предполагалось наличие пупочного сепсиса в какой бы то ни было форме (септицемия, септикопиемия с различными локализациями гнойных очагов). Рекомендуется все такие случаи распределять в три следующие группы:

1) случаи, при которых патологоанатомический диагноз пупочного сепсиса тем или иным путем (т. е. непосредственно на секционном столе или с помощью бактериологического и гистологического исследования) установлен с полной определенностью;

2) случаи с сомнительным диагнозом, когда вопрос о наличии или отсутствии пупочного сепсиса не мог быть окончательно выяснен (например, случаи с распространенной явно нетерминальной пневмонией и небольшими сосудистыми изменениями инфильтративного или продуктивного характера, относительно которых есть основание допустить, что они могли оставаться чисто местными и не играли роли в заболевании, приведшем ребенка на секционный стол;

3) случаи, при которых диагноз пупочного сепсиса патологоанатомически не получил никакого подтверждения.

Просьба указанные сведения направлять в комиссию по борьбе с заболеваниями новорожденных детей раннего грудного возраста.

Действительный член Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки

проф. М. А. Скворцов

ИНСТРУКЦИЯ НАРКОМЗДРАВА СССР

от 1 июля 1939 г. за № 10

Об определении доношенности (зрелости) новорожденных

В целях единообразия в определении и учете доношенности (зрелости) и недоношенности (незрелости) новорожденных отдел родовспоможения Наркомздрава СССР предлагает в точности придерживаться следующих правил:

1. При определении доношенности новорожденного следует во всех случаях учитывать не только его длину (рост) и вес, но и ряд других признаков, характеризующих зрелость плода, а также принимать во внимание продолжительность беременности.

2. Признаки зрелости плода следующие: достаточное развитие подкожного жира; кожа розовая, пушок сохранен только на плечевом поясе, на верхних отделах спины и плечах; волосы на голове имеют длину не меньше 2—3 см; хрящи ушных раковин и носа плотны; ногти уже тверды и на пальцах рук заходят за кончики последних; место отхождения пуповины расположено посередине, между лоном и мечевидным отростком, или лишь несколько ниже; у мальчиков яички (за немногими патологическими исключениями) опустились в мошонку; у девочек клитор и малые срамные губы прикрыты большими губами.

Зрелый плод проявляет большую активность: двигает конечностями, издает ясный крик и т. д.

3. Рост (длина) новорожденного как признак более постоянный является более верным критерием для определения зрелости, чем вес. Измерение длины плода обязательно производится на горизонтальном ростомере при вытянутом положении новорожденного.

Новорожденные, имеющие рост (длину) меньше 45 см, учитываются в качестве незрелых. Новорожденные, имеющие рост (длину) больше 47 см, учитываются в качестве зрелых.

Определение зрелости (незрелости) новорожденных, имеющих рост в пределах от 45 до 47 см (включительно), производится в каждом отдельном случае на основании

особо тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода. Заключение о зрелости (или незрелости) плода согласуется между педиатром и акушером родильного дома и документируется в истории развития новорожденного и в истории родов.

Примечание. Таким же образом следует поступать во всех спорных вопросах и сомнительных случаях независимо от размеров новорожденного.

4. При отсутствии данных о росте новорожденного учитывается вес его, причем новорожденный весом ниже 2500 г считается незрелым.

5. Указанные в пп. 3 и 4 размеры роста или веса относятся только к одиночным плодам. Вес и рост новорожденных от многоплодной беременности при наличии несомненных признаков зрелости могут быть ниже размеров одиночного плода. Поэтому при определении зрелости двоен, троен и т. д. нельзя исходить из указанных выше размеров, а следует руководствоваться признаками зрелости у более развитого из плодов и определять зрелость на основании их совокупности.

6. Роды зрелым плодом следует считать родами в срок, а самый плод — доношенным. Роды незрелым плодом следует считать преждевременными родами, а самый плод — недоношенным.

7. Роды нежизнеспособным плодом в пределах 28 недель (7 лунных месяцев) беременности учитываются в качестве абортa. Длина плода этого возраста равна 35 см и ниже, вес 1000 г и ниже.

8. Рождение плода в пределах 28 недель беременности, оказавшегося живым в день выписки матери, следует учитывать в качестве преждевременных родов независимо от роста и веса новорожденного. В таких случаях для представления в Загс выдается справка о рождении ребенка.

9. Выдача справок о доношенности или недоношенности новорожденного производится только по затребованию официальными органами. При выдаче подобных справок обязательно указывать на отсутствие или наличие признаков зрелости и на предполагаемую продолжительность (срок) беременности.

ПРИЛОЖЕНИЕ
К ИНСТРУКЦИИ О ВЗЯТИИ МАТЕРИАЛА
ПРИ ВСКРЫТИИ УМЕРШИХ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

№ 154—25/272 3 ноября 1952 г.

Название инфекции	Какой материал берется для микробиологического исследования
1. Стафилококковые инфекции, стрептококковые инфекции, инфекции синегнойной палочкой	Гной, эксудат, кровь, участки пораженных тканей и органов, соскобы со слизистой оболочки зева. При стафилококковых пищевых отравлениях — содержимое кишечника
2. Менингококковые инфекции	Спинномозговая жидкость, мозговые оболочки, кровь, слизь из зева, тканевая жидкость (соскобы розеол, гной)
3. Гонококковая инфекция	Отделяемое уретры, влагалища, шейки матки, прямой кишки, предстательная железа, эксудат суставов, воспаленных придатков, брюшины
4. Газовая гангрена	Кусочки ткани в области раны и пораженных тканей и органов, аппендикс, перитонеальная жидкость, секрет шейки матки, легкие, кровь (в зависимости от клинических проявлений инфекции)
5. Столбняк	Гной, кусочки ткани в пораженной области, кровь
6. Пневмококковая инфекция, инфекция капсульными бактериями Фридендлера, инфекция гемофилами Афанасьева — Пфейфера	Легкие, слизь носоглотки и мокрота, кровь, гной, моча, спинномозговая жидкость, плевральный и другие эксудаты, органы
7. Коклюш	Легкие, слизь носоглотки
8. Брюшной тиф, паратифы	Кровь, желчь, дуоденальное содержимое, соскоб розеол, содержимое тонкого кишечника, моча, спинномозговая жидкость, гной, внутренние органы (селезенка, печень, костный мозг, кусочки изъязвленного кишечника)
9. Пищевые отравления, ботулизм	Содержимое кишечника, кровь, внутренние органы

Название инфекции	Какой материал берется для микробиологического исследования
10. Дизентерия	Содержимое кишечника и его кусочки (особенно нижних отделов толстых кишок), кровь, моча
11. Холера	Содержимое желудка, кишечника и его кусочки (тонкие кишки), желчь, кровь, внутренние органы (особенно желчный пузырь)
12. Чума, туляремия	Лимфатические железы (бубоны), кровь, внутренние органы (особенно легкие, селезенка, печень), слизь зева и мокрота, кусочки пораженной кожи, спинномозговая жидкость, костный мозг
13. Бруцеллез	Кровь, моча, внутренние органы (особенно печень, селезенка), спинномозговая жидкость, мокрота, гной и экссудаты в пораженных тканях и органах; у женщин также молочные железы
14. Сибирская язва	Пораженные участки кожи (пустула) и других тканей, лимфатические узлы, кровь, экссудаты, внутренние органы, спинномозговая жидкость, костный мозг
15. Сеп	Кусочки кожи и слизистых оболочек в изъязвленных участках, лимфатические железы, кусочки мышечной ткани в области абсцессов, внутренние органы, кровь
16. Дифтерия, ангина Венсана	Пленки и отделяемое с пораженных участков слизистых оболочек (зева, носа, половых органов, глаз), кожи, кровь
17. Туберкулез	Мокрота и мазки из гортани, кусочки легких и других внутренних органов (селезенка, кишечник, печень, мозг и т. п. в зависимости от характера поражений), моча, спинномозговая жидкость
18. Актиномикоз, бластомикозы и другие диссеминированные микозы	Гной и кусочки тканей в области поражений, мокрота, кусочки легких и других органов в зависимости от характера поражений
19. Возвратный тиф, малярия, лептоспиры	Кровь, внутренние органы (особенно селезенка, печень, мозг), спинномозговая жидкость, моча (при лептоспирозах)

Название инфекции	Какой материал берется для микробиологического исследования
20. Сифилис	Отделяемое слизистых оболочек, кусочки тканей в области поражений, внутренние органы
21. Лейшманиоз внутренний	Костный мозг, селезенка, печень, кровь
22. Сыпной тиф, риккетсиозы	Кровь, внутренние органы, кусочки кожи с элементами сыпи
23. Оспа	Отделяемое слизистых оболочек, кусочки кожи и слизистых оболочек с элементами сыпи, чешуйки и корочки
24. Бешенство	Мозг (особенно в области аммонорога)
25. Энцефалиты	Мозг, кровь, спинномозговая жидкость, периферические нервы, внутренние органы
26. Полиомиелит	Мозг (особенно продолговатый и спинной), содержимое кишечника, кровь
27. Грипп	Кусочки трахеи, легких, отделяемое носоглотки, кровь

ИНСТРУКЦИЯ О ЗАПОЛНЕНИИ ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

Приложение 2
к приказу по Министерству здравоохранения СССР
от 28 сентября 1954 г. за № 452

I. В соответствии со ст. 128 Кодекса закона о браке, семье и опеке РСФСР и соответствующих статей кодексов других союзных республик СССР во всех городах и городских поселениях, а также населенных пунктах сельской местности, в которых имеется не менее 2 врачей, регистрация смертей должна производиться органами Загса исключительно на основании врачебных свидетельств о смерти.

II. Не допускается составление свидетельства о смерти на бланке врачебного свидетельства средним медицинским персоналом.

III. Если врач вынужден выдать свидетельство о смерти в случае, когда он не наблюдал за умершим, то он должен использовать все имеющиеся возможности

для установления причины смерти и не ограничиваться только опросом близких умершего (запросить лечащего врача или учреждение, организовать вскрытие и т. д.).

Запрещается выдача свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти на месте.

IV. Во всех случаях, сопровождающихся вскрытием, запись причины смерти во врачебном свидетельстве должна быть сделана с учетом результатов вскрытия.

V. При указании причины смерти врач должен руководствоваться следующими положениями.

В качестве причины смерти необходимо указывать основное заболевание, которое непосредственно или через осложнение, тесно с ним связанное, повлекло за собой смерть.

Основным заболеванием считается только определенная нозологическая единица (например, крупозное воспаление легких, рак желудка, гипертоническая болезнь, туберкулез легких, дизентерия и т. д.).

Если во время болезни у умершего развилось новое заболевание, то в том случае, если оно патогенетически не связано с предшествующим и является причиной смерти само по себе или в результате его осложнений, оно учитывается как основное (например, дизентерия, крупозная пневмония, аппендицит — перитонит, развившиеся у больных с туберкулезом легких, язвой желудка, ревматическим пороком сердца, прогрессивным параличом и т. д.).

Нельзя указывать в качестве причины смерти отдельные проявления болезни (например, паралич сердца, сердечная недостаточность, расстройство пищеварения, состояние после резекции желудка, кишечника, матки или другого органа), отдельные симптомы болезни (судороги, отек легких, анемии, некротическая ангина и т. д.), осложнения основного заболевания (например, перитонит, менингит, кровоизлияние в мозг, эмболия, уросепсис и т. д. без указания, на какой почве они возникли), сопутствующие заболевания и, наконец, патологоанатомические изменения (например, миомаляция сердца, фолликулярный колит, бородавчато-язвенный эндокардит и т. д.).

К осложнениям относятся те патологические процессы, которые непосредственно, патогенетически связаны с основным заболеванием. Например, гнойный менингит

при гнойном отите, перитонит при перфоративной язве желудка, кровоизлияние в мозг при гипертонической болезни, воспаление легких при кори, уремия при хроническом нефрите, уросепсис при гипертрофии предстательной железы и т. п.

Сопутствующими заболеваниями считаются важнейшие нозологические формы, которые не связаны непосредственно с основным заболеванием, например общий атеросклероз в случае смерти от рака желудка или гипертоническая болезнь в случае смерти от аппендицита и т. п.

Основное заболевание и осложнение основного заболевания, вызвавшие смерть, указываются в п. 8 врачебного свидетельства о смерти, а сопутствующие заболевания, которыми страдал умерший к моменту смерти, — в п. 9.

Пример А.

п. 8. Причина смерти:

- а) основное заболевание — корь;
- б) осложнение основного заболевания, вызвавшее смерть, — очаговая пневмония.

п. 9. Сопутствующие заболевания, которыми страдал умерший к моменту смерти, при отсутствии (прочеркнуть).

Пример Б.

п. 8. Причина смерти:

- а) основное заболевание — бронхоэктатическая болезнь;
- б) осложнение основного заболевания, вызвавшее смерть, при отсутствии (прочеркнуть).

п. 9. Сопутствующие заболевания, которыми страдал умерший к моменту смерти, — амилоидный нефроз.

Пример В.

п. 8. Причина смерти:

- а) основное заболевание — аппендицит;
- б) осложнение основного заболевания, вызвавшее смерть, — перитонит.

п. 9. Сопутствующие заболевания, которыми страдал умерший к моменту смерти, при отсутствии (прочеркнуть).

Если умерший страдал несколькими болезнями и затруднительно указать, какое именно из этих заболеваний является основным, необходимо приводить в свидетельстве все эти заболевания. Перечисляя их в свидетельстве о смерти, следует в п. 8 свидетельства **первым** ука-

зять то заболевание, которое, по мнению врача, вероятнее всего могло быть основным.

Название болезни следует писать не по-латыни, а пользуясь русскими или национальными названиями нозологических единиц, принятых в медицинской практике.

При этом особенно точно и подробно необходимо обозначать основное заболевание.

Например, писать не просто «воспаление легких», а «крупозное воспаление легких» или «очаговая пневмония»; не «воспаление почек», а «острое» или «хроническое воспаление почек», не «сепсис», а «сепсис после криминального аборта» или «сепсис после гнойного отита» и т. д.

В случае смерти от туберкулеза необходимо указать локализацию его, например писать не просто «туберкулез», а «туберкулез легких», «туберкулез позвоночника».

В случае смерти от новообразования необходимо указать род опухоли и ее локализацию (например, рак желудка, рак шейки или тела матки, саркома бедра и т. д.), а не ограничиваться общими указаниями вроде: рак, злокачественное новообразование, раковая кахексия, бластома и т. д.

В случае смерти от внешней причины следует точно обозначить, чем именно вызвана смерть, и в п. 10 свидетельства указать (путем подчеркивания соответствующего текста), было ли в данном случае самоубийство, убийство, несчастный случай вне производства, несчастный случай в связи с производственным процессом. Например, отравление морфием — самоубийство, огнестрельная рана черепа — убийство, утопление — несчастный случай вне производства, повреждение электротоком — несчастный случай в связи с производственным процессом.

Если к моменту выдачи свидетельства о смерти неизвестно, к какому роду смерти (самоубийство, убийство, несчастный случай вне производства или в связи с производственным процессом) следует отнести данный конкретный случай, то в п. 12 свидетельства следует указать, что род смерти не установлен.

В случае смерти от несчастного случая следует различать смерть от производственной травмы и травмы непроизводственного характера.

Смерть как результат производственной травмы (или отравления) рассматривается в том случае, если она связана с получением травмы (или отравления) в связи с производственным процессом.

В случае смерти от последствий аборта следует обязательно указать, был ли аборт начат или начался вне лечебного учреждения (искусственный или самопроизвольный), или же произведен по медицинским показаниям.

Если имеются основания полагать, что аборт начат вне лечебного учреждения искусственно самой женщиной или другим лицом, то во врачебном свидетельстве об этом должно быть сделано указание, например «сепсис после криминального аборта».

Для детей, умерших в возрасте моложе 1 месяца (новорожденных), в п. 8 врачебного свидетельства указывается причина смерти (основное заболевание), а в п. 12 — «Особые отметки» — указывается, был ли ребенок доношенным или недоношенным.

Пример А.

п. 8. **Причина смерти:**

а) основное заболевание — кровоизлияние в мозг.

п. 12. **Особые отметки** — глубокая недоношенность.

Пример Б.

п. 8. **Причина смерти:**

а) основное заболевание — очаговое воспаление легких.

п. 12. **Особые отметки** — ребенок доношенный.

При определении доношенности следует руководствоваться специальной инструкцией Наркомздрава СССР от 1 июля 1939 г. за № 10.

Для мертворожденных в п. 8 врачебного свидетельства указывается причина мертворождения, а в п. 4 врачебного свидетельства — «Отметка о мертворождении» — пишется: «Мертворожденный».

VI. При заполнении п. 5 врачебного свидетельства следует обратить особое внимание на то, чтобы в отношении лиц, временно приехавших в данный населенный пункт и умерших на дому или в лечебном учреждении, было указано не местожительство, где временно проживал умерший, и не местонахождение лечебного учреждения, выдавшего врачебное свидетельство о смерти, а место постоянного жительства умершего.

VII. В случае, когда регистрация в Загсе и погребение умершего производятся непосредственно администрацией лечебного учреждения, последняя заполняет дополнительные пп. 13—15 на основании данных истории болезни.

VIII. В случае заявления близких умершего об утере врачебного свидетельства о смерти дубликат такового (с отметкой «Дубликат») посылается врачом (лечебным учреждением) непосредственно в Загс почтой или нарочным за счет заявителя.

IX. Испорченные при записи экземпляры врачебного свидетельства не вырываются из книжки врачебного свидетельства, а перечеркиваются и оставляются в ней.

X. Свидетельство выдается под расписку получателя на первом листе книжки, куда записывается каждое выданное свидетельство.

XI. По использовании всех экземпляров врачебных свидетельств врач возвращает книжку (обложку и листок с расписками) в учреждение здравоохранения по месту получения ее.

Указания о неполноценных медицинских терминах

1. При составлении врачебных свидетельств не следует употреблять для обозначения причины смерти ниже следующие и подобные им термины ввиду их диагностической неполноценности:

Астения
Асцит, водянка
Ампутация
Асфиксия
Атрофия
Коллапс
Кома
Конвульсии
Кровохарканье
Кахексия, истощение
Лапаротомия
Операция

Отек легких
Отеки
Прободение, перфорация
Паралич сердца
Размягчение мозга
Сердечная слабость, упадок сердечной деятельности
Судороги
Сужение пищевода
Цианоз
Шок

2. При составлении врачебного свидетельства нижеперечисленные названия болезней следует сопровождать дополнительными указаниями:

Название болезней	Характер дополнительных указаний, необходимых для уточнения болезни
Аборт	Какой: искусственный криминальный, искусственный по медицинским показаниям, самопроизвольный, не установленного характера
Абсцесс	а) причина абсцесса: травма, инфекция б) локализация абсцесса
Ангина	Какая: Венсана, катаральная, лакунарная, флегмонозная, Людвига, моноцитарная, септическая, прочие виды (какие)
Воспаление легких	Какое: крупозное, очаговое, другие виды
Диспепсия	Какая: простая, токсическая, парентеральная и т. д.
Легочное сердце, легочно-сердечная недостаточность	При каком основном заболевании возникло (пневмосклероз, эмфизема легких, хронический бронхит или какое другое)
Медиастинит	При каком основном заболевании возник (язвы, опухоли пищевода или какое другое)
Менингит	Какой: эпидемический, цереброспинальный менингит или иного происхождения (какого). Не пропустить случая туберкулезного менингита у детей раннего возраста
Новообразование	а) характер — злокачественное или доброкачественное б) локализация
Порок сердца	Какой: врожденный (особенно у детей раннего возраста) или приобретенный, обязательно указать этиологию: ревматизм (с указанием характера течения), склероз, сифилис или иного происхождения. Во всех случаях должно быть отмечено состояние кровообращения
Сепсис, септицемия, пиемия	При каком основном заболевании возник сепсис (не пропустить случая послеродовой септицемии, сепсиса новорожденных)
Сифилис	Форма: врожденный, висцеральный, спинная сухотка и прогрессивный паралич головного и спинного мозга, пр.
Травма	Какая: механическая или другого происхождения (ожог, отморожение и т. д.), в результате чего: убийства,

Продолжение

Название болезней	Характер дополнительных указаний, необходимых для уточнения болезни
Уросепсис	самоубийства, несчастного случая вне производства, в связи с производственным процессом Возник в результате заболевания (какого), травмы (какой)
Эмболия (закупорка сосудов)	Причина и локализация эмболии
Эндокардит	Какой: ревматический, подострый, септический или иного происхождения

О ПОРЯДКЕ ИЗЪЯТИЯ, ХРАНЕНИЯ И СДАЧИ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ЦЕННОСТЕЙ И ИНОГО ИМУЩЕСТВА ОРГАНАМИ РАССЛЕДОВАНИЯ И СУДАМИ

(Извлечение)

Инструкция Прокуратуры СССР и Народного комиссариата
юстиции СССР от 17 ноября 1943 г. за № 90/86

Хранение

§ 10. Орудия преступлений или предметы, сохранившие на себе следы преступления, должны быть опечатаны в особом свертке и переданы на хранение в местное отделение милиции.

§ 11. При хранении и последующем направлении вещественных доказательств должно быть обеспечено соблюдение предосторожностей, необходимых для сохранения тех признаков и свойств, в силу которых эти предметы имеют значение вещественных доказательств по делу.

§ 12. При хранении предметов, сохранивших на себе пятна крови или пальцевые отпечатки, подлежащие исследованию, необходимо обеспечить такое хранение, чтобы пятна крови или пальцевые отпечатки не исчезли вследствие атмосферных явлений и других причин.

Такие предметы должны быть упакованы таким образом, чтобы имеющиеся на них пятна и следы не могли соприкасаться с упаковкой.

§ 13. При наличии на одежде, белье, обуви и т. п. пятен, подозрительных на кровь, и пр., соответствующие места, подлежащие исследованию, должны быть обшиты чистой материей (марлей) или бумагой.

Каждый такой предмет должен быть отдельно завернут в чистую бумагу. При упаковке поверхность с пятнами должна быть обращена внутрь.

§ 14. Подлежащие химическому или микроскопическому исследованию предметы, как-то: волосы, кровь, выделения, части трупа и пр. должны быть упакованы в чистые стеклянные банки, закупорены притертыми пробками, которые должны быть залиты воском или сургучом.

Примечание. Укупорка банок с частями трупов и выделениями должна производиться персоналом медицинских учреждений, где проводилось вскрытие трупа.

ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ РАССЛЕДОВАНИЯ И УЧЕТА ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

(Извлечение)

Утверждена Главной государственной санитарной инспекцией СССР
от 22 марта 1946 г.

В целях установления причины и принятия необходимых мер по ликвидации и профилактике пищевых отравлений каждый случай пищевого отравления подлежит обязательному тщательному расследованию.

Санитарно-эпидемиологическое расследование пищевых отравлений

1. Расследование пищевых отравлений должен производить государственный санитарно-пищевой инспектор, а при отсутствии его — районный (городской) госсан-инспектор¹.

2. До прибытия госсанинспектора предварительное расследование должен производить врач, а там, где нет

¹ В связи с новым положением о Госсанинспекции в случае отсутствия специальных госсанинспекторов эти функции переходят к работникам санитарно-эпидемиологических станций.

врача, средний медицинский работник, оказавший первую помощь пострадавшим и установивший или заподозривший пищевое отравление.

3. При оказании первой помощи медицинский работник обязан:

а) изъять из употребления остатки подозреваемой пищи;

б) собрать рвотные и каловые массы заболевших и промывные воды;

в) направить изъятую пищу, собранные выделения и промывные воды на исследование в санитарно-бактериологическую лабораторию или обеспечить их сохранение до прибытия госсанинспектора;

г) впредь до выяснения всех обстоятельств дела запретить реализацию подозреваемых пищевых продуктов.

4. Госсанинспектор, приступая к расследованию пищевого отравления, должен придерживаться следующего порядка:

а) установить связь с медицинским работником, оказавшим первую медицинскую помощь заболевшим;

б) подвергнуть личному опросу и осмотру больных (при массовом отравлении — выборочно);

в) установить связь с лабораторией;

г) обследовать пищевой объект, где произошло отравление, базу, с которой поступил подозреваемый продукт, и пищевое предприятие, на котором он вырабатывался, если они находятся в одном и том же населенном пункте;

Примечание. Реализация подозрительного продукта должна быть немедленно запрещена на любом этапе расследования.

д) привлечь в необходимых случаях к участию в расследовании, ликвидации и предупреждении отравлений наиболее квалифицированных санитарных работников соответствующей специальности, сотрудников санитарных или санитарно-бактериологических институтов, эпидемиологов, клиницистов, токсикологов и др.

5. Установив связь с медицинским работником, оказавшим первую помощь, госсанинспектор должен выяснить у него время и обстоятельства начала вспышки, количество заболевших, основные симптомы заболевания, ход госпитализации, обеспеченность койками и принятые меры (сбор и направление материала в лаборато-

рию, запрещение реализации подозрительного продукта и др.).

6. При опросе больных госсанинспектор должен:

а) выяснить, чем питались пострадавшие в день заболевания и в течение предыдущих двух дней, а также не пострадавшие, но питавшиеся одновременно с пострадавшими в той же столовой (буфете и т. д.);

б) установить, имеются ли заболевания среди членов семей пострадавших, чем и где они питались;

в) выявить путем сопоставления этих данных продукты, употреблявшиеся в пищу всеми заболевшими и могущие быть заподозренными как причина отравления;

г) установить время, прошедшее с момента употребления подозреваемого продукта до появления первых признаков заболевания;

д) тщательно проанализировать всю клиническую картину заболевания с учетом первичных симптомов, дальнейшего течения и исхода. При этом необходимо исключить заболевание иной этиологии, напоминающее по отдельным признакам пищевое отравление (катар или язва желудка, воспаление желчного пузыря, почечные и печеночные колики, обострение хронического энтероколита);

е) направить на исследование в лабораторию подозреваемые продукты;

ж) обеспечить взятие и отсылку в лабораторию крови заболевших для посева и серологических реакций.

7. Для отбора проб, подлежащих лабораторному исследованию, госсанинспектор должен вызвать работника лаборатории со стерильной посудой. При невозможности вызвать работника лаборатории госсанинспектор лично производит выемку проб для исследования. Собранные материалы должны быть направлены госсанинспектором в наиболее квалифицированную санитарно-бактериологическую лабораторию (см. Приложение 1).

Скоропортящиеся продукты, направляемые в иногороднюю лабораторию, должны доставляться на льду.

Примечание. При явной картине токсикоинфекции не следует посылать в лабораторию пищевые продукты для исследования на соли тяжелых металлов или направлять на бактериологическое исследование продукты, не являющиеся по своей природе благопри-

ятной средой для развития микробов, вызывающих токсикоинфекции (мука, крупа, варенье, сахар, соль и др.).

8. При подозрении на бактериальную причину пищевого отравления привлекается бактериологическая лаборатория для постановки исследований, в том числе проводится посев крови (в остром периоде) и серологические реакции с кровью переболевших. Серологические реакции ставятся через 7—8 дней после начала заболевания и повторно через 12—15 дней. При больших вспышках серологическому исследованию подвергается кровь у наиболее тяжело переболевших, а при небольших вспышках — по возможности кровь всех переболевших.

Проверка пищевого объекта

9. Для выяснения путей инфицирования или загрязнения ядовитыми веществами пищевого продукта, послужившего причиной отравления, необходимо проверить санитарные условия технологического процесса производства заподозренных пищевых продуктов, условия перевозки, сроки хранения и реализации сырья, полуфабрикатов и готовой продукции, наличие сертификатов, ветеринарно-санитарных удостоверений, возможности инфицирования продукта бациллоносителями, болезнями гнойничковыми, желудочно-кишечными заболеваниями и т. д.

Примечания. 1. Если предприятие, изготовившее продукт, вызвавший пищевое отравление, находится вне территории, обслуживаемой производящим расследованием госсанинспектором, последний сообщает госсанинспектору, на территории которого находится это предприятие, все необходимые сведения для проведения расследования на месте.

2. Если пищевое отравление произошло от употребления в пищу консервов, в акте расследования должны быть тоже указаны: марка, обозначенная на крышке жестяной банки или бумажной этикетки, а также название завода и его местонахождение.

10. На основании сопоставления и оценки всех полученных при расследовании материалов, а также резуль-

татов лабораторных анализов подозреваемых продуктов и других объектов исследования госсанинспектор делает заключение о причине отравления.

Приложение 1

ПОРЯДОК ОТБОРА МАТЕРИАЛОВ И НАПРАВЛЕНИЕ ИХ В ЛАБОРАТОРИЮ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Для лабораторного исследования посылаются следующие материалы:

а) остатки подозреваемой пищи, полуфабрикаты и исходное сырье;

б) рвотные массы, промывные воды, испражнения пострадавших;

в) смывы с оборудования, инвентаря и др.

Примечания. 1. На исследование посылаются те материалы, которые по предварительным данным санитарно-эпидемиологического расследования подозреваются в наибольшей причинной связи с происшедшим отравлением.

2. Если при промывании желудка применяются лекарственные средства, такие промывные воды в лабораторию не направляются.

2. Пробы для бактериологического анализа отбираются с соблюдением общепринятых правил в отношении стерильности.

Примечание. При отсутствии стерильной посуды материал может быть отправлен в посуде, предварительно подвергнутой кипячению; обеззараживание дезинфекционными средствами посуды, предназначенной для взятия проб, не допускается.

3. Твердые объекты могут пересылаться завернутыми в несколько слоев вощаной или пергаментной бумаги, а за отсутствием ее — в оберточной бумаге.

4. Для исследования мяса и мясных изделий отбирают около 500 г продукта из различных мест. Солонину и соленые продукты, находящиеся в бочоночной таре, берут сверху, из середины и со дна бочки. В отдельную посуду набирают 100—200 мл'рассола.

Пробы рыбы отбирают в количестве нескольких экземпляров. От крупной рыбы берут звенья из 2—3 мест.

5. Пробы жидких и полужидких объектов забирают после тщательного перемешивания в количестве около 200 г. Вторые блюда отбирают в количестве 1—2 порций.

6. Для исследования консервов отбираются остатки из вскрытой банки. В случае отсутствия остатков забирают невскрытые банки консервов той же автоклавоварки; бомбажные банки отбираются в первую очередь.

7. Фекальные и рвотные массы берут от каждого больного отдельно в количестве 50—100 г, промывные воды — 100—200 мл, кровь для посева и серологических исследований берется в количестве 5—10 мл.

8. На пробы наклеивают этикетки, пробы нумеруют, опечатывают сургучной печатью или пломбируют и упаковывают так, чтобы гарантировать целостность материала.

Пересылка проб должна производиться в кратчайший срок, так как время от взятия проб до начала анализа может отразиться на результате исследования.

9. К пробам, посылаемым в лабораторию для исследования, необходимо прилагать сопроводительный документ, в котором должны быть указаны следующие сведения: наименование объекта, время изъятия и отправления проб в лабораторию (месяц, число, час); перечень проб с указанием их веса, характера тары и упаковки (стерильность посуды, наличие печатей и т. д.); причины направления проб в лабораторию.

Для того чтобы лаборатория могла лучше ориентироваться, необходимо дать достаточно подробное описание случая пищевого отравления с указанием возможной его причины.

При приеме проб лаборатория должна выдать расписку, указав время получения их.

Исследование материалов, доставленных в лабораторию по поводу случая пищевого отравления, производится немедленно по их получении.

РАЗДЕЛ II

НЕОФИЦИАЛЬНЫЕ СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧУ ПРИ ОСМОТРЕ МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ

Осмотр места происшествия производится следователем, привлекающим врача для консультации по специальным вопросам. Иногда на место происшествия для оказания помощи первым прибывает врач (например, работник станции скорой помощи), который в соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения от 16 сентября 1946 г.¹ обязан извещать органы милиции о всех вызовах, когда есть подозрение на криминальный характер происшествий. Во всех этих случаях медицинский персонал обязан при оказании помощи пострадавшему следить за тем, чтобы обстановка на месте происшествия оставалась неизменной (не допускать перестановки мебели, перекладывания, уборки помещения или уничтожения бумаг и т. д.). «При отсутствии на месте происшествия представителей милиции или прокуратуры медицинский персонал обязан удалить всех посторонних лиц. При оставлении трупа на месте должны быть приняты меры к сохранению его в неприкосновенном виде до прибытия представителей милиции или прокуратуры, для чего охрана трупа и места его нахождения поручается ответственным лицам (ответственный съемщик, дворник и т. п.), фамилии которых записываются в книге вызовов» (п. 12).

Неразрывная связь всей обстановки происшествия и трупа (его позы, трупных явлений, повреждений и т. д.) делает осмотр трупа на месте происшествия очень важ-

¹ Инструкция при вызовах по поводу криминальных случаев, самоубийств и покушений на самоубийство.

ной частью этого следственного действия. От того, насколько точно и полно в протоколе осмотра отражены все данные, обнаруженные при осмотре трупа, зависит правильное в дальнейшем построение версий, организация следственных и розыскных действий, а также правильное и полное разрешение вопросов при судебно-медицинской экспертизе.

При исследовании трупа в морге необходимо знать данные об обстоятельствах обнаружения трупа, обстановке, в которой он был обнаружен, позе трупа, степени развития трупных явлений и т. д.

Судебно-медицинский эксперт (или другой врач) приглашается на место происшествия для:

- 1) участия в осмотре трупа;
- 2) участия в осмотре места происшествия в целом, оказания помощи следователю в обнаружении следов крови и других вещественных доказательств (кусочки органов и др.) и в решении вопросов, вытекающих из факта их обнаружения;
- 3) консультации следователю по всем вопросам, связанным с последующим проведением судебно-медицинской экспертизы.

Помощь со стороны эксперта может состоять также в следующем: в рекомендации о порядке транспортировки трупа с целью предупредить дополнительные его повреждения, загрязнение или повреждение одежды трупа; в определении круга вопросов, которые могут быть разрешены в данном конкретном случае судебно-медицинской экспертизой при исследовании трупа или освидетельствовании предполагаемого виновника преступления; в рекомендации целесообразности проведения тех или иных анализов, например анализа воздуха помещения, где обнаружен труп.

При осмотре трупа на месте происшествия прежде всего производится описание и фотографирование всего трупа, что не связано с изменением положения трупа. После этого производят подробный осмотр трупа и его одежды, а также исследуют место (ложе), на котором труп находится.

Описание положения трупа надо производить так, чтобы по нему можно было не только ясно себе представить общее расположение трупа, но и при необходимости воспроизвести его.

Врачу следует обратить внимание следователя на особенности, которые необходимо занести в протокол: а) расположение трупа относительно окружающих его предметов, б) поза трупа, в) состояние одежды трупа.

После этого переходят к осмотру трупа и установлению: пола и примерного (на вид) возраста, степени развития трупных явлений, наличия и характера повреждений, особых примет (рубцы, физические недостатки или дефекты, татуировки, протезы и т. д.), деталей одежды.

Производят осмотр окружающих предметов для выявления на них и описания следов крови, спермы, волос и других вещественных доказательств, например орудий преступления.

Осмотр одежды и обуви производится следователем. Осмотр одежды имеет целью точную фиксацию ее особенностей и состояния (характер материала, покррой, размер, в порядке или беспорядке одежда, наличие повреждений, заплат, содержимое карманов и т. д.), а также обнаружение помарок кровью и другими веществами, обнаружение посторонних частиц, волос.

Все эти данные и особенно обнаружение и фиксация помарок и пятен имеют большое значение для последующей судебно-медицинской и криминалистической экспертизы. Особо важное значение приобретает осмотр одежды при неопознанном трупе и при обнаружении трупа в стадии значительного гнилостного разложения.

ОСОБЕННОСТИ, НА КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ ПРИ ОСМОТРЕ МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ

А. Особенности окружающей обстановки	Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви
<div style="text-align: center;">І. В СЛУЧАЯХ ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЫ</div> <div style="text-align: center;">Автомобильная и мотоциклетная травма</div> <div><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 48%;"><p style="text-align: center;">Полотно дороги</p><ol style="list-style-type: none">1. Следы от транспорта2. Следы крови, кусочки органов и т. д. (точное их расположение и характер)</div><div style="width: 48%;"><ol style="list-style-type: none">1. Характер повреждений на теле, одежде и обуви. На теле и одежде повреждения могут быть характерны для автотравмы — следы протектора, отпечатки радиатора и т. д., а также следы волочения, на подошвах — следы скольжения</div></div></div>	

А. Особенности окружающей обстановки

Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви

Транспорт

1. Повреждения, их характер и уровень от дороги
2. Сопоставление уровня повреждения на трупе с уровнем повреждений на транспорте, а также со следами переезда на теле и одежде
3. Следы крови, волос, частицы органов, их точное местоположение
4. Отпечатки ткани одежды на транспорте

- 2 Высота повреждений от подошв
3. Посторонние частицы (краска) и следы крови на одежде и в области повреждений на теле

Железнодорожная травма

1. Следы от скольжения тела. Части органов. Обрывки одежды. Точное местоположение их. Полотно следует осмотреть на значительном расстоянии в обе стороны от места обнаружения трупа или его частей
2. Осмотр транспорта для обнаружения на его частях следов крови, частей органов, волос

1. При расчленении трупа осмотр каждой части в отдельности (как самостоятельного объекта)
2. Осмотр одежды для опознавания трупа
3. Следы загрязнений (смазка) от воздействия частей транспорта и протаскивания тела по полотну дороги. При фиксации повреждений и загрязнений отмечают их форму, размер, характер и уровень расположения от подошв

Авиатравма

1. Осмотр самолета (частей самолета) производится соответствующими специалистами
2. Взаиморасположение трупа (или частей трупа) и частей самолета
3. При парашютной травме — состояние парашюта

1. Местонахождение трупа (трупов, частей тела)
2. Характер повреждений. Состояние одежды
3. Отпечатки на теле и одежде частей самолета
4. Наличие посторонних запахов (бензин и т. д.)
5. Индивидуальные особенности и приметы (рубцы, татуировки, зубные протезы и т. д. для опознания)

II. ПРИ СМЕРТИ ОТ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

1. Обнаружение и фиксация следов огнестрельных повреждений на окружающих предметах (измерить расстояние расположения пробоин от земли)

1. Локализация и количество огнестрельных ран, расстояние их от пяток
2. Форма, размеры и особенности огнестрельных ран

А. Особенности окружающей обстановки	Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви
2. Фиксация местоположения огнестрельного оружия, пуль, пыжей, гильз и т. п. 3. Следы крови и тканей (мозга) на оружии и окружающих предметах или кровавые отпечатки пальцев (например, на частях оружия)	3. Выявление следов близкого выстрела 4. Характер следов крови на частях тела и одежде 5. Соответствие ран огнестрельным повреждениям на одежде (возможность их одновременного возникновения)

Примечание. Врачу на месте происшествия без следователя нельзя трогать оружие, так как курок нередко находится на боевом взводе и при неправильном обращении с оружием возможно случайное ранение.

III. ПРИ СМЕРТИ ОТ ДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

1. Осторожность при осмотре трупа (или его останков), чтобы не вызвать дальнейшего разрушения трупа
2. При наличии механических повреждений на трупе выяснение возможного их происхождения
3. В пожарище пытаться найти сохранившиеся части скелета (череп, челюсти, зубы и т. д.).

Примечание. При транспортировке обугленных трупов в морг принять меры к их сохранности (завернуть в какую-либо ткань).

IV. ПРИ СМЕРТИ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТУПЫМИ ОРУДИЯМИ

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Выяснение обстоятельств получения травмы: <ol style="list-style-type: none"> а) при падениях — состояние и характер грунта, наличие выступающих предметов (например, камней и пр.) б) обнаружение и осмотр предметов, которыми могли быть нанесены повреждения (нахождение на них крови, волос и т. п.) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждения в виде ссадин, кровоподтеков, ушибленных или рваноушибленных ран, переломов костей и т. д. 2. Локализация, форма и размеры повреждений 3. Характер загрязнения тела, одежды и области повреждений (от действовавших орудий) 4. Сопоставление орудия (если оно обнаружено) с повреждениями на трупе |
|---|--|

А. Особенности окружающей обстановки

Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви

V. ПРИ СМЕРТИ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОСТРЫМИ ОРУДИЯМИ

1. Наличие и расположение следов крови на окружающих предметах (брызги, потеки, лужи)
2. Обнаружение и фиксация местонахождения орудия, которым могло быть нанесено ранение

1. Локализация ран и их количество (при самообороне — на ладонях и пальцах или на тыле кистей и предплечьях, при нанесении повреждений собственной рукой — чаще на шее или на груди, в области сердца, иногда надрезы кожи; при нанесении повреждений посторонней рукой — в различных частях тела)

2. Характер ранения:

- а) при резаных ранах — прямолинейное или дугообразное направление; ровные, гладкие края, острые углы, зияние, преобладание длины раны над ее шириной и глубиной
- б) при колото-резаных ранах — небольшая длина, большая глубина раны, иногда соответствующая наибольшей ширине орудия, которым причинена
- в) рубленые раны повторяют свойства резаных, иногда бывает осаднение краев, повреждение костей и т. п.
3. Характер повреждения одежды, соответствие и несоответствие этих повреждений повреждениям на теле
4. Характер и расположение следов крови на теле и одежде

Примечание. При осмотре ран не рекомендуется зондирование их.

VI. ПРИ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОГО ЗАДУШЕНИЯ

Повешение

1. Выяснение возможности самоповешения в данных условиях (наличие подставок, позволяющих укрепить петлю и надеть ее на шею, и обнаружение следов, напри-

1. Поза трупа
2. Особенности странгуляционной борозды на шее и соответствие ее характеру петли
3. Особенности петли (материал, количество оборотов вокруг

А. Особенности окружающей обстановки	Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви
<p>мер ног, на этих предметах)</p> <p>2. Обнаружение предсмертных записок, надписей на каких-нибудь предметах (например, запись мелом на полу)</p> <p>3. Способ крепления неподвижной части петли и обнаружение следов от веревки на предметах, на которых она укрепляется</p>	<p>шеи, узел), длина свободного конца</p> <p>4. Соответствие трупных пятен позе трупа</p>

Удавление петлей или руками

<p>Сопоставление обстановки и обстоятельств происшествия с находками на трупе</p>	<p>1. Обычно горизонтальное расположение странгуляционной борозды (борозда глубокая)</p> <p>2. Синюшность и одутловатость лица. Множественные мелкие кровоизлияния в конъюнктивы</p> <p>3. При удавлении руками ссадины на шее и лице нередко полулунной формы (следы воздействия ногтей). Иногда ссадины неправильной формы, очень обширные. В этих же областях тела встречаются подкожные кровоподтеки обычно круглой формы, диаметром примерно 1 см</p> <p>4. При смерти от сдавления шеи руками указанные выше повреждения могут и отсутствовать (жертва находилась в беспомощном состоянии или давление на шею производилось через прокладку)</p>
---	--

Примечание. При повешении и удавлении петлей на месте происшествия нельзя развязывать узел петли. Желательно фотографирование петли и ее деталей.

Закрытие отверстий носа и рта

1. При закрытии отверстий носа и рта руками на коже в окрестности этих отверстий сле-

А. Особенности окружающей обстановки	Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви
	<p>ды от давления пальцами в виде ссадин, царапин, кровоподтеков. Находят повреждение слизистой оболочки губ (внутренней их поверхности) от прижатия мягких тканей к зубам в виде кровоподтеков или ран</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. При закрытии дыхательных отверстий мягкими предметами уплощение носа, губ и бледная окраска кожи в этой области. В полости рта, при закрытии рта и носа мягкими предметами, обнаруживают посторонние частицы (например, пушинки, перья от подушки) 3. При сопротивлении жертвы на теле пострадавшего обнаруживаются различные следы борьбы и самообороны 4. Характерные особенности могут на трупе отсутствовать

Задущение инородными телами

1. При наружном осмотре трупа ничего характерного не находят. Инородные тела в гортани, трахее обнаруживают при вскрытии трупа
2. Нужно осматривать полость рта

Утопление

1. Изменения, обнаруживаемые при наружном осмотре трупа, зависят прежде всего от длительности пребывания трупа в воде
2. Кожные покровы бледные («гусяная кожа»)
3. Трупные пятна быстро принимают розоватую окраску
4. В отверстиях носа и рта часто белая, мелкопузырчатая пена в виде комков
5. Наблюдаются экхимозы в конъюнктивах и склерах (далеко не всегда)

А. Особенности окружающей обстановки	Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви
--------------------------------------	--

6. Искать следы механических повреждений, особенно на голове (кровоподтеки и т. п.).

Сдавление груди и живота

1. Характерные морфологические изменения в виде резкой синюхи кожи с огромным количеством экхимозов, особенно в области лица, век и конъюнктив. Лицо нередко одутловато
2. Отпечатки частей одежды или рисунка ткани одежды на коже
3. Повреждения в виде ссадин, кровоподтеков и т. д.

VII. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭЛЕКТРОТРАВМУ

Поражение молнией

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие в непосредственной близости от трупа отдельных предметов, возвышающихся над местностью (мачты, одинокие высокие деревья) 2. Опаление и расщепление деревянных предметов, оплавление металлических предметов | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ожоги I—IV степени, опаление волос 2. Фигуры молнии на коже 3. Разрывы одежды, расплавление металлических предметов, находящихся на одежде и в карманах 4. Следы входа и выхода тока на теле |
|---|--|

Поражение техническим электричеством

- | | |
|---|--|
| <p>Наличие возможных проводников электричества (концы проводов, плохо изолированные электроприборы, бетонные сырые полы, лужи воды)</p> | <p>Электрометки. Наблюдаются не всегда. Чаще всего отмечают на коже кистей и стоп. Могут быть и в других частях тела</p> |
|---|--|

Примечание. Ввиду возможности поражения электрическим током необходимо при осмотре места происшествия соблюдать крайнюю осторожность. Безусловно желательно привлечение к проведению осмотра специалиста-электрика.

А. Особенности окружающей обстановки

Б. Характерные признаки при осмотре трупа, его одежды, обуви

VIII. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СМЕРТЬ ОТ ОТРАВЛЕНИЯ

1. Наличие рвотных масс и других выделений
2. Склянки (с надписями, или без них), шприцы, порошки, таблетки и т. п.
3. Остатки пищи и питья
4. Рецепты, записки и т. д.

1. Следы ожогов химическими веществами у естественных отверстий, наиболее часто на слизистой оболочке рта и коже в окружности рта в виде пятен и потеков, остатки порошков на коже и одежде
2. Запахи от трупа, в частности из носа и рта
3. Цвет и интенсивность трупных пятен (ярко-красные при отравлении окисью углерода и цианистыми препаратами, сероватые при отравлении ядами, образующими метгемоглобин)

Примечания. 1. При подозрении на отравление желательно выяснить профессию умершего и окружающих его лиц.
2. При наличии предметов, перечисленных в пп. 1—3 раздела А, следует рекомендовать следователю направить их на судебно-химическое исследование.

IX. ПРИ СМЕРТИ ОТ АБОРТА

1. Следы крови на полу и предметах обстановки
2. Осмотр мест, куда удаляются отбросы (помойные и выгребные ямы, уборные и т. п.)
3. Наличие медикаментов, инструментов и других предметов, которые могут быть использованы для аборта

1. Признаки наступившей беременности
2. Положение и поза трупа

X. ПРИ НАХОЖДЕНИИ ПЛОДА

Предметы, в которые завернут был труп (пеленки, тряпки, бумаги, части одежды и т. д.)

Признаки новорожденности, доношенности, состояние пуповины, наличие детского места и его состояние

Порядок изъятия предметов со следами крови, спермы, слюны и других выделений человека, а также волос

Предмет с подозрительными следами изымается, если это возможно, целиком или же изымается часть предмета. В последнем случае необходимо изымать не только сам след (пятно), но и часть того предмета, на котором находился этот след (пятно). В тех случаях, когда нельзя изъять ни сам предмет с пятном, ни часть его, производят или соскоб, или смыв пятна. Соскабливать пятно надо так, чтобы в одном пакете находился соскоб пятна, а в другом — соскоб вещества предмета, на котором находилось пятно. Смыв пятна можно производить марлей или чистой тряпочкой, смоченной водой (лучше дистиллированной водой или физиологическим раствором). Марлю с перенесенным на нее пятном просушивают при комнатной температуре.

Изъятие пятен со снега производят, пропитывая тающим снегом марлю. При смыве и при изъятии пятна со снега на марлю отдельно необходимо представлять часть той же чистой марли¹.

Вещественное доказательство с пятном (или предмет с кровью, изъятый для сравнения) не следует подвергать действию прямых солнечных лучей, длительному воздействию влаги, а также действию высокой температуры. Перед отправкой на экспертизу вещественное доказательство обязательно высушивается.

Не следует обводить пятна на вещественных доказательствах краской или чернилами или наклеивать на пятна кусочки бумаги, материи и т. д., так как это может помешать дальнейшему исследованию. Пятна следует обшивать для защиты кусочками бумаги или материей.

¹ Взятие крови для сравнительного исследования может быть произведено двояким способом:

- 1) если кровь можно доставить очень быстро, то лучше получить жидкую кровь в количестве 3—5 мл (кровь набирают в пастеровскую пипетку, концы которой перед пересылкой запаивают);
- 2) если срок доставки крови может затянуться и есть опасность, что жидкая кровь за период транспортировки загниет, то лучше кровь взять на чистую марлю. Марля складывается в несколько слоев. Размер пятна должен быть не менее 5—6 см². После того как пятно крови на марле высохнет, она готова для отправки в лабораторию. Вместе с пятном крови, предназначенным для сравнительного исследования, надо посылать кусочек чистой марли (от того же куска, который использован для пропитывания его кровью).

На всех упаковках вещественных доказательств и образцов крови должны быть наклейки с надписями на них: когда и откуда изъято вещественное доказательство.

Волосы, подлежащие исследованию и находящиеся на каких-либо предметах, изымаются пальцами или пинцетом с резиновым наконечником и помещаются в пакет. Волосы, обнаруженные на разных предметах, помещаются в разные пакеты с указанием на каждом пакете количества волос и места их обнаружения. Для сравнения волосы срезают с головы (лобной, правой и левой височных), теменной и затылочной областей или другой части тела (лобка) в зависимости от обстоятельств дела. Образцы (по 15—20 волос) помещаются в отдельные пакеты с соответствующей надписью.

Определение времени наступления смерти¹

(по Н. В. Попову)

Сохранение трупом тепла	2—4 часа
Сохранение теплоты в подмышечных впадинах ²	6—8 часов
Полное охлаждение трупа	20—25 »
Исчезновение возбудимости гладких мышц	6—8 »
Появление первоначальных признаков трупных пятен	2—4 часа
Появление трупных пятен, исчезающих при давлении	8—12 часов
Появление первых признаков трупного окоченения	2—4 часа
Трупное окоченение в верхней половине	8—12 часов
Полное развитие трупного окоченения	20—36 »
Трупное окоченение, оставшееся только в ногах	40—60 »
Полное исчезновение трупного окоченения	70—90 »
Появление трупной зелени на животе летом	20—25 »
Появление трупной зелени на животе зимой	2—6 суток
Начало трупной эмфиземы летом	4—6 »
Начало трупной эмфиземы зимой	20—30 »
Начало гнилостного размягчения трупа	3—4 месяца
Полное скелетирование погребенного трупа	1—2 года и более
Поверхностная мумификация трупа	2—3 месяца
Полная мумификация трупа	4—12 месяцев
Начало образования жировоска	1—3 месяца
Полное превращение трупа в жировоск	3—8 месяцев

¹ Ориентировочные данные (необходимо учитывать условия внешней среды — внешнюю температуру, влажность и т. д.).
² Обязательно следует измерять температуру трупа в подмышечных впадинах, в прямой кишке, за щекой. — *Ред.*

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ВСКРЫТИЯ ТРУПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СМЕРТИ

Клиническое лабораторное исследование. В прозектурах больничных учреждений, где производится значительное количество судебно-медицинских вскрытий трупов, имеются клинические лаборатории. Это дает возможность при вскрытии трупа применять исследования мочи, крови, спинномозговой жидкости, содержимого кишечника, что позволяет расширить представление эксперта о существе заболевания.

Без клинических анализов невозможно в ряде случаев научно обосновать заключение. При внезапной и скоропостижной смерти путем исследования мочи, крови можно выявить смерть от диабетической комы, уремии при остром нефрите. Исследование спинномозговой жидкости в ближайшие часы и даже дни после смерти позволяет установить, например, положительную реакцию Вассермана.

Гистологическое исследование. Без гистологического исследования иногда нельзя выявить причину скоропостижной смерти. Нередко острые заболевания, быстро приводящие к смерти, не проявляются достаточно видимыми макроскопическими изменениями, но сопровождаются резко выраженными микроскопическими изменениями. Детальному гистологическому исследованию с применением специальных методов должна подвергаться центральная нервная система. Подробное гистологическое исследование обязательно дополняет вскрытие трупа при внезапной и скоропостижной смерти, при пищевых и иных отравлениях, при различных травмах и др.

Органы должны быть тщательно исследованы гистологически. При этом кусочки должны вырезаться из различных участков органов. При внезапной сердечной смерти из сердца для гистологического исследования необходимо брать участки перегородки, стенок обоих желудочков в нескольких местах, сосочковых мышц обоих желудочков и стенок предсердий.

Бактериологическое исследование. Это исследование обязательно при внезапной и скоропостижной смерти от острых инфекционных заболеваний, при

скоропостижной смерти детей, при подозрении на пищевое отравление, при криминальном аборте и в других случаях. Для исследования обычными методами необходимо брать посевы крови, желчи непосредственно на стерильные среды. Иногда целесообразно брать кусочки органов. Последние вырезаются из органов ножом, проведенным через пламя спиртовой горелки, и помещаются в стерильные пробирки. В распоряжении судебно-медицинского эксперта должны быть в достаточном количестве стерильные пробирки с питательными средами и без них, стерильные пипетки для взятия посевов крови, желчи и др. Там, где имеется бактериологическая лаборатория, рекомендуется приглашать персонал лаборатории для взятия посевов из трупа на месте.

Бактериоскопическое исследование. Это исследование следует широко использовать. Мазки берутся на предметные стекла из жидкостей, скоплений в отдельных органах, с поверхностей слизистых оболочек, с разрезов органов и тканей, например мазки с мягкой мозговой оболочки при подозрении на менингит, с брюшины при явлениях ее раздражения. Мазки фиксируются, окрашиваются, просматриваются самим экспертом или отправляются специалисту.

Вирусологическое исследование. Современные данные о большом значении вирусов как этиологического фактора возникновения многих заболеваний требуют обязательного проведения вирусологического исследования при подозрении на вирусный грипп, при предшествовавшем смерти остром инфекционном состоянии неясной этиологии, при внезапной смерти детей, при подозрении на смерть от бешенства. Для вирусологического исследования важно установить контакт с вирусологическими учреждениями, лабораториями или санитарно-эпидемиологическими институтами и лабораториями, откуда в случае необходимости могут быть приглашены специалисты и куда должны быть направлены для исследования кусочки органов.

Рентгенологическое исследование. Это исследование необходимо производить до вскрытия трупа при указаниях на повреждения для предварительного просмотра костей и выявления переломов, для обнаружения инородных тел, например пуль, для определения возраста, патологических изменений скелета и др. Получен-

ные рентгеновские снимки или отпечатки с них прикладываются к акту вскрытия.

Судебнохимическое исследование. Данный метод исследования применяется в судебно-медицинской практике как дополнительный и рекомендуется при подозрении и указаниях на отравление.

Спектральное исследование крови. Это исследование применяется при подозрении на отравление кровяными ядами: окисью углерода, метгемоглобинообразующими ядовитыми веществами. Спектральные исследования производятся в судебно-медицинских лабораториях.

Ботаническое исследование. К ботаническому исследованию приходится прибегать при подозрении на отравление ядовитыми растениями (грибами, цикутой, белладонной, аконитом и др.). Для этого содержимое желудка и кишечника с частичками и остатками растений, остатки самих растений направляют специалистам для установления вида растения. Обнаружение частичек растения, обладающего ядовитыми свойствами, является важным доказательством отравления.

Физиологическая проба. Исследование выделенных из органов веществ на животных применяется судебными химиками для доказательства отравлений.

Перечисленные дополнительные исследования не исчерпывают специальных методов исследования, применяемых в судебно-медицинской практике. При исследовании отдельных частей тела, костей приходится обращаться к анатомам, антропологам, при подозрении на отравление газообразными веществами — к специалистам по санитарно-гигиеническому анализу.

Дополнительные методы исследования при отдельных видах насильственной смерти

Предполагаемый вид насильственной смерти	Дополнительные исследования
Механическая травма Повреждения от тупых орудий (падение с высоты)	Во всех случаях взятие крови для установления ее группы и типа 1. Микроскопическое исследование внутренних органов и кожных покровов (ссадин, ран, кровоподтеков) 2. Криминалистическое и химическое исследование одежды (установление орудия и др.)

Предполагаемый вид насильственной смерти	Дополнительные исследования
	<p>3. При повреждении костей — исследование поверхности перелома (установление следов орудия), краев повреждения (характер загрязнений)</p> <p>4. Осмотр предполагаемого орудия, причинившего повреждения:</p> <p>а) обнаружение следов крови, волос, частиц тканей органов и т. д.</p> <p>б) с целью сопоставления орудия с характером повреждения на теле (возможность повреждения данным орудием)</p>
Транспортная травма	<p>1. Те же, что и при травме от тупых орудий</p> <p>2. Решение вопроса о механизме травмы (см. вскрытие позвоночника по А. А. Солохину), исследование грудной клетки (см. методику Христофорова)</p> <p>3. Судебнохимическое исследование (этиловый алкоголь)</p>
Повреждения острыми орудиями и оружием	<p>Те же, что и при травме от тупых орудий (при вскрытии предусмотреть возможность воздушной эмболии)</p>
Повреждения от огнестрельного оружия	<p>1. Микроскопическое исследование областей входных и выходных отверстий, взятых из трупа, или иссеченных краев ран при хирургической обработке (обнаружение зерен пороха, копоти).</p> <p>2. Рентгенологическое исследование для обнаружения пули (частей пули), дробы</p> <p>3. Криминалистическое и химическое исследование одежды (следы смазки, копоти, зерен пороха)</p> <p>4. Изъятие всех посторонних включений, обнаруженных по ходу раневого канала, передача их следователю для дальнейшей криминалистической экспертизы</p>
Механическое задушение Повешение, удушение петлей, удушение руками	<p>Микроскопическое исследование странгуляционной борозды, ссадин и других повреждений на шее (прижизненные или посмертные, соответствие материала пет-</p>

Предполагаемый вид насильственной смерти	Дополнительные исследования
<p>Задушение пищевыми массами Смерть от утопления</p>	<p>ли характеру повреждения), мягких тканей, хрящей, сосудов и нервов шеи, головного мозга и других внутренних органов Микроскопическое исследование легких 1. Вскрытие позвоночника по Свешникову (см. стр. 157). 2. Микроскопическое исследование внутренних органов и повреждений 3. Исследование на планктон (см. методику взятия материала)</p>
<p>Задушение от вдыхания инертных и ядовитых газов</p>	<p>1. Исследование воздуха помещения, в котором обнаружен труп 2. Предварительные пробы на аммиак (см. стр. 146).</p>
<p>Действие высокой температуры</p>	<p>1. Микроскопическое исследование: а) кожных покровов, особенно на границе обожженных и не обожженных тканей б) трахеи, бронхов и легочной ткани, а также внутренних органов 2. Спектральное исследование крови на наличие карбоксигемоглобина 3. Определение площади ожога (см. процентное соотношение размеров ожога к общей поверхности кожи человека по Б. Н. Постникову на стр. 149). 4. Мероприятия по опознанию трупа (сохранение одежды, изучение индивидуальных особенностей—зубы, протезы, возрастных особенностей)</p>
<p>Действие низкой температуры</p>	<p>1. Исследования трупа (см. вскрытие замерзших трупов, стр. 158). 2. Микроскопическое исследование: а) кожных покровов, особенно с пальцев рук и ног, и при отсутствии видимых глазом признаков отморожений б) внутренних органов, особенно ткани почек и яичек (пролиферативно-дистрофические процессы), а также желудка, кишечника, селезенки и др. (очаговые некрозы)</p>

Предполагаемый вид насильственной смерти	Дополнительные исследования
Электротравма	3. Судебнохимическое исследование на наличие этилового алкоголя 4. Биохимическое исследование печени на гликоген (отсутствие его при смерти от охлаждения) 1. Микроскопическое исследование электрометок и ссадин (могут быть нетипичные электрометки) и внутренних органов (особенно головной мозг, сердце, стенка желчного пузыря, легкие, поджелудочная и семенные железы) 2. Спектрографическое и химическое исследование электрометок 3. Оставление одежды и обуви для последующего спектрального исследования (металлизация)
Изменение атмосферного давления Действие низкого давления	1. Тщательное микроскопическое исследование внутренних органов и желез внутренней секреции 2. Судебнохимическое исследование на этиловый алкоголь и окись углерода. Раннее вскрытие с учетом смерти от газовой эмболии
Действие повышенного давления Отравления	1. Вскрытие в соответствии с разделом V «Правил» судебномедицинского исследования трупа 2. Предварительные пробы (см. стр. 141). 3. Судебнохимическое исследование 4. Микроскопическое исследование внутренних органов 5. В зависимости от вида яда применяется также спектральное, рентгенологическое, ботаническое, фармакологическое исследование или опыты на животных

Предварительные судебнохимические пробы, проводимые при исследованиях биологического материала¹

Предварительные пробы позволяют выбрать направление, в котором следует проводить анализ, и дают воз-

¹ Составлено по данным С. М. Соколова (Вопросы судебно-медицинской экспертизы. Госюриздат, 1954).

возможность получить результаты исследования в значительно более короткий срок по сравнению с систематическим анализом. Это имеет существенное значение для работы судебно-следственных органов, для оказания медицинской помощи отравившимся неизвестным ядом и для предупреждения повторных отравлений. Особое значение предварительные пробы приобретают при отравлении химическими нестойкими ядовитыми веществами (препаратами синильной кислоты, нитритами, нашатырным спиртом и т. д.), когда транспортировка материала в лаборатории связана с затратой большого количества времени. В этих случаях предварительные пробы можно и следует проводить и не в стационарных судебно-химических лабораториях.

Предварительные пробы должны отвечать двум основным требованиям: они должны быть специфичны и для их проведения не должно требоваться сложного оборудования.

Предварительные пробы на мышьяк и ртуть. Предварительные пробы на мышьяк и ртуть основаны на способности этих катионов выделяться из соединений на медной пластинке. Имеют судебно-медицинское значение лишь положительные результаты пробы. Отрицательные результаты не исключают присутствия в исследуемых объектах этих катионов. Последние могут быть открыты при систематическом анализе.

Взятую навеску (75—100 г внутренних органов) заливают предварительно проверенной соляной кислотой с таким расчетом, чтобы ее концентрация была около 12%, и кипятят с медной пластинкой (или спиралью), свежеочищенной при помощи азотной кислоты и промытой дистиллированной водой. Если пластинка покрылась налетом или же потемнела, кипячение прекращают и подвергают пластинку дальнейшей обработке. Если же цвет пластинки не изменяется, то ее кипятят 30 минут и уже после этого подвергают соответствующему исследованию. Судить о наличии или отсутствии на медной пластинке мышьяка и ртути по внешнему виду пластинки нельзя, так как ее потемнение может произойти не только от этих веществ, но и от продуктов гнилостного разложения внутренних органов. При малых же количествах ртути пластинка внешне не изменяется. Поэтому для определения природы образовавшегося на пластинке налета

та его подвергают специальному исследованию. Пластинку с находящимся на ней налетом промывают последовательно водой, спиртом и эфиром, затем подсушивают на фильтровальной бумаге, помещают в свернутом виде в узкую стеклянную трубочку с оттянутым в капилляр концом (пастеровская пипетка). Трубочку осторожно нагревают на участке, соответствующем находящейся в ней пластинке. При нагревании трубочку держат в наклонном положении (под углом около 45°) и обертывают на 2—3 см выше пластинки важной полоской фильтровальной бумаги, которая играет роль холодильника. При нагревании пластинки с налетом находящиеся на ней мышьяк и ртуть возгоняются.

Открытие мышьяка в возгоне. 1. Мышьяк будет находиться в возгоне в виде мышьяковистого ангидрида и обнаруживается по характерным для последнего кристаллам, имеющим форму тетраэдров и октаэдров.

2. При получении мелкокристаллического возгона без ясно выраженной тетраэдрической и октаэдрической (характерной для мышьяковистого ангидрида) формы этот возгон подвергается дополнительному специальному исследованию на мышьяк.

Открытие ртути в возгоне. 1. Ртуть в возгоне будет находиться в виде темных шариков, напоминающих зернистую икру.

2. Для дополнительного доказательства наличия ртути в возгоне следует узкий конец трубки запаять, внести в нее кристаллик сублимированного йода и нагреть. Капельки ртути с парами йода образуют двуйодистую ртуть, которая имеет вид пластинок красного цвета. Иногда пластинки получаются желтоватого цвета; эти пластинки при дополнительном воздействии паров йода краснеют.

Предварительные пробы на синильную кислоту. Необходимость проведения предварительных проб на синильную кислоту у секционного стола или же в полевых условиях вызывается нестойкостью самой синильной кислоты и ее соединений (солей щелочных металлов). Для открытия синильной кислоты в трупном материале предлагаются следующие реакции.

1. Реакция образования цианистого серебра. Исследуемый материал (50—100 г) помещают в ребра. Исследуемый материал (50—100 г) помещают в химический стаканчик, который затем покрывают стек-

лянной пластинкой с висячей каплей 1% раствора азотнокислого серебра. Капля азотнокислого серебра от выделяющихся из исследуемого материала паров синильной кислоты мутнеет вследствие образования осадка цианистого серебра, состоящего из кристаллов игольчатой формы. Для более отчетливого выявления формы кристаллов рекомендуется каплю азотнокислого серебра подкрашивать метиленовой синькой до отчетливого синего цвета, при этом игольчатые кристаллы окрашиваются в синий цвет. При малых количествах синильной кислоты капля азотнокислого серебра может не замутиться и кристаллы образуются лишь по краям ее. Пробой на получение цианистого серебра можно пользоваться при свежих внутренних органах. При загнившем материале капля азотнокислого серебра темнеет и мутится от сероводорода.

2. Реакция образования берлинской лазури. Стакан с исследуемым объектом (п. 1) покрывают стеклянной пластинкой с висячей каплей 1% раствора едкого натра. По истечении 15—20 минут стеклянную пластинку снимают и к находящейся на ней капле прибавляют по капле свежеприготовленный 1% раствор железного купороса и 1% раствор хлорного железа, а затем 1% раствор соляной кислоты до слабокислой реакции. Происходят следующие химические реакции: синильная кислота поглощается каплей раствора едкого натра, при этом образуется цианистый натрий, который с железным купоросом образует цианистое закисное железо. Последнее с другими молекулами цианистого натрия дает желтую кровяную соль. При взаимодействии желтой кровяной соли с хлорным железом получается берлинская лазурь. Берлинская лазурь выпадает тут же или спустя некоторое время в виде хлопьев синего цвета.

Предварительные пробы на кислоты и щелочи. В судебно-медицинской практике встречаются минеральные кислоты (серная, азотная и соляная) и органические (преимущественно уксусная), а щелочи едкие (едкий натр и едкое кали), углекислые (сода, поташ) и мыла.

Проведение предварительных проб на кислоты и щелочи необходимо у секционного стола (со свежим материалом), так как на одной из стадий гниения внутренних органов происходит нейтрализация кислот, а на другой — щелочей.

Для исследования на кислоты и щелочи часть стенки желудка и его содержимое заливают дистиллированной водой. Полученную водяную вытяжку профильтровывают и с фильтратом производят соответствующие реакции.

Исследование на минеральные кислоты. Несколько капель исследуемой жидкости наносят на синюю лакмусовую бумажку, которая в присутствии кислот краснеет. Для отличия минеральных кислот от органических капли вытяжки наносят на красную бумажку конго, которая от минеральных кислот синее, а от органических, в частности от уксусной, или совсем не изменяется (при слабой концентрации), или же приобретает (при более высокой концентрации) серовато-синий, но не чисто синий цвет.

Исследование на щелочи. Для открытия щелочей (едких, углекислых и мыла) пользуются красной лакмусовой и фенолфталеиновой бумажкой.

По несколько капель профильтрованной вытяжки наносят на лакмусовую и фенолфталеиновую бумажку. От едких, углекислых щелочей и от мыла первая синее, а вторая краснеет.

Отличие едких щелочей от углекислых и мыла. К изменившейся лакмусовой (синей) и фенолфталеиновой (красной) бумажке прибавляют избыток раствора хлористого бария. В присутствии углекислых щелочей и мыла фенолфталеиновая бумажка обесцвечивается, а лакмусовая приобретает первоначальный красный цвет. Вместо фенолфталеиновой бумажки можно пользоваться 1% спиртовым раствором фенолфталеина и проводить реакцию в пробирке.

Аналогично едким щелочам на лакмусовую и фенолфталеиновую бумажки действует бура и аммиак, который может быть введен в организм или же образоваться при гниении внутренних органов. Для исключения буры к исследуемой жидкости прибавляют каплю спиртового раствора фенолфталеина, а затем несколько капель глицерина. При наличии в испытуемой жидкости едкой щелочи появившееся от фенолфталеина красное окрашивание сохраняется, а при наличии буры исчезает.

Наличие буры может быть подтверждено следующими химическими реакциями. Часть профильтрованной водной вытяжки из исследуемого объекта выпаривают на

водяной бане досуха. Остаток подкисляют серной кислотой, а затем извлекают метиловым или этиловым алкоголем (лучше первым). Полученную вытяжку помещают в фарфоровую чашечку и зажигают. В присутствии буры кайма пламени приобретает зеленое окрашивание.

Другую часть вытяжки подкисляют соляной кислотой, затем наносят на куркумовую бумажку. При подсыхании бумажка принимает красно-бурое окрашивание, переходящее от действия аммиака в темно-синее.

Наличие или отсутствие аммиака в исследуемом объекте определяется по способу, изложенному ниже.

Выявление едкой щелочи в случае обнаружения в исследуемом материале аммиака производится следующим способом: профильтрованную вытяжку из исследуемого объекта выпаривают для удаления аммиака на водяной бане до тех пор, пока красная лакмусовая бумажка, смоченная водой, не начнет синеть от выделяющихся паров; после этого остаток исследуется на едкую щелочь, как указано выше.

Отличие углекислых щелочей от мыла. К капле исследуемой жидкости, помещенной на предметное стекло, прибавляют 1—2 капли 10% раствора соляной кислоты до кислой реакции. При наличии углекислых щелочей выделяются пузырьки газа (наблюдение лучше вести при помощи лупы или микроскопа). Мыло пузырьков газа не выделяет, но, разлагаясь, выделяет свободные жирные кислоты (появляется осадок или муть). Реакцию можно проводить не на предметном стекле, а в пробирке, беря при этом большое количество исследуемой жидкости.

Исследование на аммиак и на сероводород. Исследование на аммиак и на сероводород у секционного стола является обязательным, если нет возможности в ближайшие сутки материал направить в судебнохимическую лабораторию. Аммиак и сероводород могут образоваться во внутренних органах при гниении.

Проба на аммиак. Исследуемый материал помещают в стеклянную банку. Банку закрывают на 15—20 минут корковой пробкой, к которой снизу прикреплены две бумажки, смоченные дистиллированной водой: одна — красная лакмусовая, другая — пропитанная уксуснокислым свинцом. При этом может произойти следующее:

1. Посинение красной лакмусовой бумажки, уксусно-свинцовая же бумажка остается без изменения. Это указывает на присутствие в исследуемом объекте аммиака, введенного извне.

2. Потемнение уксусно-свинцовой бумажки и сохранение красного цвета лакмусовой бумажкой. Это может произойти только от сероводорода, введенного также извне.

Изменение в цвете обеих индикаторных бумажек (посинение лакмусовой и потемнение уксусно-свинцовой) может произойти вследствие того, что аммиак и сероводород образовались при гниении внутренних органов, а потому данный материал должен считаться непригодным для открытия этих веществ как введенных извне.

Пробы на окись углерода. При указаниях на отравление окисью углерода применяется ряд проб.

Проба Гоппе-Зейлера (натронная проба). Несколько капель крови помещают на обычную тарелку, добавляют к ним чистой стеклянной палочкой несколько капель 33% раствора натриевой или калийной щелочи и размешивают. Рядом на той же тарелке то же самое проделывают с несколькими каплями крови, взятой из трупа человека, умершего от других причин, и также смешивают с несколькими каплями концентрированной щелочи. Кровь, содержащая карбоксигемоглобин, остается красной. Кровь, не содержащая карбоксигемоглобин, принимает довольно быстро буро-зеленоватую окраску.

Проба Кункеля с танином. Кровь смешивают в пробирке с троекратным количеством 3% раствора таниновой кислоты. То же делают с контрольной кровью. Кровь, содержащая карбоксигемоглобин, становится красной, кровь, не содержащая карбоксигемоглобин, принимает буроватую окраску.

Спектральное исследование крови. Это исследование дает положительные результаты, если содержание карбоксигемоглобина выше 20%. Исследование ведется при помощи обычного карманного спектроскопа следующим образом. Кровь разводят водой до слабозеленоватого цвета. При этом в спектрокопе наблюдаются две полосы абсорбции между фраунгоферовыми линиями D и E. Такой спектр очень похож на спектр оксигемоглобина. Чтобы отличить его, прибавляют сернистый аммоний

Для восстановления оксигемоглобина. Если кровь содержала карбоксигемоглобин, то полосы не изменяются, а при наличии оксигемоглобина они сливаются, образуя одну широкую полосу редуцированного гемоглобина.

Для определения карбоксигемоглобина пользуются также спектрофотометрией, колориметрией и другими методами. Метод ван Слайка позволяет определять количественное содержание окиси углерода в крови живых лиц.

Особенности вскрытия трупов при авиатравме¹

Исследование частей разрушенных трупов. При исследовании отдельных частей трупа, подвергшегося сильному разрушению, следует выявить и исследовать отдельные ткани и отделить часть предметов, которые могут находиться в тканях и органах: а) лоскуты кожи; б) отломки костей, в) обрывки сухожилий, мышц; г) другие части тела; д) части самолета; е) части одежды; ж) загрязнения.

Производится тщательный осмотр и исследование всего обнаруженного и в нужных случаях дополнительное исследование частей трупа. Особое внимание обращается на повреждение кожи и костей.

Исследование неразрушенных трупов. Большое значение и свои особенности имеет наружный осмотр трупа (осмотр парашюта, кислородной маски и др.). При наружном осмотре можно установить указания на механизм травмы (кровоподтеки от привязных ремней), раны и ссадины от выступающих предметов кабины, частицы древесины в местах разрывов одежды и в ранах (при падении на деревья и пр.). При внутреннем исследовании тщательно исследуют органы дыхания для определения прижизненного действия высокой температуры. Определение процентного соотношения размеров ожога к общей поверхности кожи человека может быть произведено по данным Б. Н. Постникова (рис. 1). Для установления прижизненного пребывания в атмосфере с высокой концентрацией окиси углерода необходимо брать кровь и сохранять ее в пробирке под слоем вазелинового масла.

¹ По данным В. П. Хоменок.

ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ОЖОГА К ОБЩЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА ПО Б. Н. ПОСТНИКОВУ

Разме- ры ожога в кв. см	Процентное соотноше- ние к общей поверхно- сти тела
1	0,006
2	0,012
3	0,019
4	0,025
5	0,031
6	0,037
7	0,044
8	0,050
9	0,056
10	0,062
20	0,125
30	0,187
40	0,249
50	0,312
60	0,375
70	0,437
80	0,500
90	0,562
100	0,625
200	1,250
300	1,875
400	2,500
500	3,125
600	3,750
700	4,375
800	5,000
900	5,525
1000	6,250
2000	12,500
3000	18,750
4000	25,000
5000	31,250
6000	37,500
7000	43,750
8000	50,000
9000	56,250
10000	62,500
11000	68,750
12000	75,000
13000	81,250
14000	87,500
15000	93,750
16000	100,000

ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Поверхность тела

51,0%
спереди

49,0%
сзади

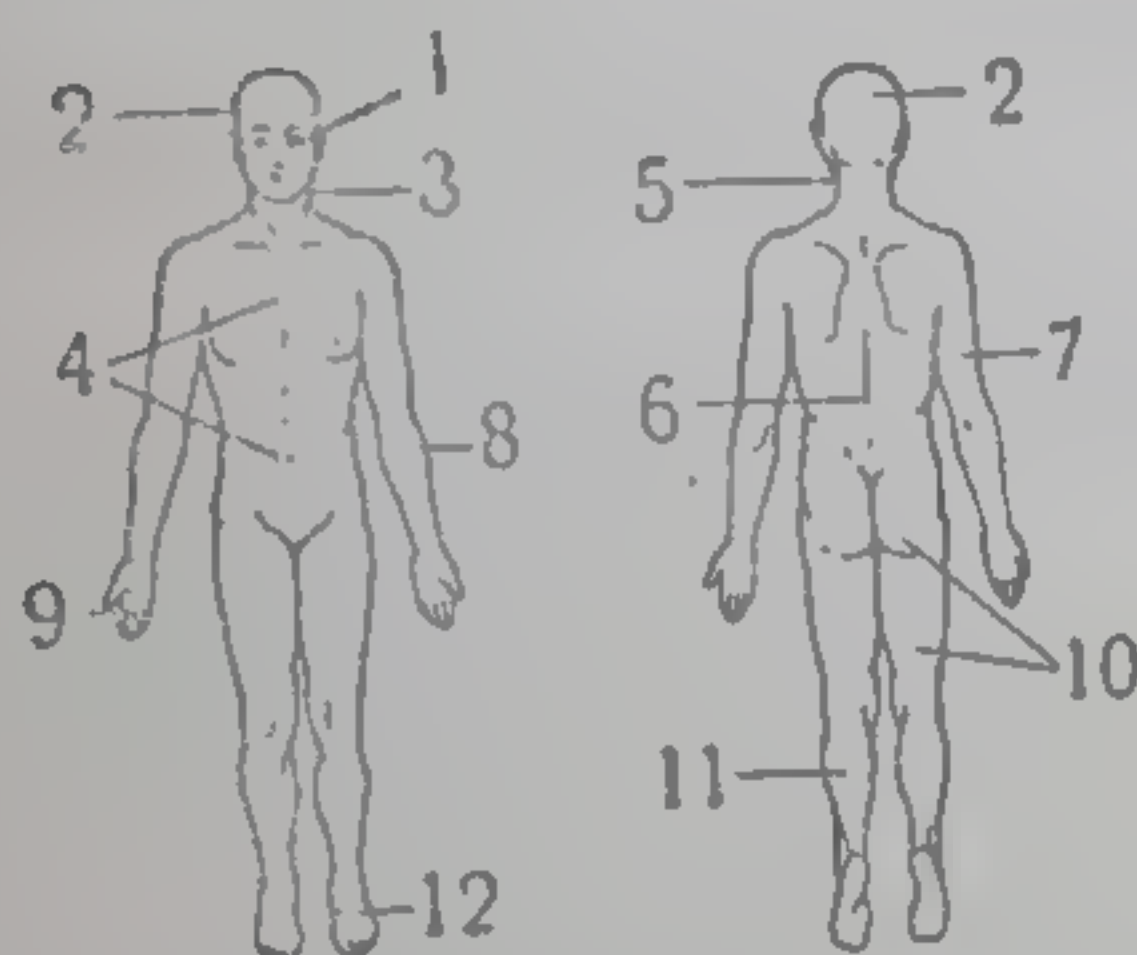


Рис. 1.

Наименование областей	Пло- щадь в кв. см	Процентное соотноше- ние к общей повер- хности тела
Голова		
1. Лицо	500	3,12
2. Волосистая часть головы	478	2,99
		6,11
Туловище		
3. Шея спереди	240	1,50
4. Грудь и живот	2900	18,00
5. Шея сзади	200	1,25
6. Спина	2560	16,00
		19,50
		36,75
Верхняя конечность		
7. Плечо	625	3,90
8. Предплечье	450	2,80
9. Кисть	360	2,25
		8,95
		17,90
Нижняя конечность		
Ягодица	400	
10. Бедро с ягодичной областью	1625	10,15
11. Голень	1000	6,25
12. Стопа	515	3,22
		19,62
		39,24

Гистологическое исследование необходимо как для определения различных заболеваний, так и для отличия посмертных повреждений от прижизненных.

Для судебнохимического определения алкоголя нужно брать внутренние органы и мышцы (глубоко лежащие). В мышечной ткани при обширных разрушениях трупа судебнохимическим исследованием может быть определен алкоголь и карбоксигемоглобин. Для определения последнего кровь выжимают из обрывков мышц (200—300 г мышц достаточно для исследования на алкоголь). Пропитывание тканей авиационным горючим не препятствует открытию в них алкоголя.

Особенности вскрытия трупов при автомобильной травме

Необходимо исследовать глубокие мышцы спины, ягодиц и нижних конечностей. Разрезы должны быть произведены и при отсутствии повреждений кожных покровов (ссадин, кровоподтеков, ран). Если в мягких тканях перечисленных областей обнаруживаются кровоизлияния, то, кроме описания их свойств, следует обязательно отметить уровень их расположения от подошв. При наличии костных повреждений длинных трубчатых костей надо исследовать их на месте, а затем выпилить, освободить от мягких тканей и изучить дополнительно. Уровень повреждений длинных трубчатых костей нижних и верхних конечностей также следует измерять от подошв. Такой метод измерений позволяет уточнить механизм возникновения повреждений и сопоставить последние с уровнем расположения отдельных деталей автомобиля.

Детальное исследование позвоночника у погибших при автомобильной травме производится по методу Солохина.

Сущность этого метода заключается в следующем. После удаления всех внутренних органов из грудной и брюшной полостей труп переворачивают на живот. Под шейный и поясничный отделы позвоночника (в области нижнего отдела передней поверхности шеи и передней поверхности живота) подкладывают деревянные валики. Далее производят рассечение мягких тканей задней поверхности шеи, спины и поясничной области, начиная от уровня затылочного бугра до крестца. После рассечения

кожных покровов тщательно отсепаровывают от остистых отростков поверхностные и глубокие мышцы спины сначала с одной, а затем с другой стороны таким обра-

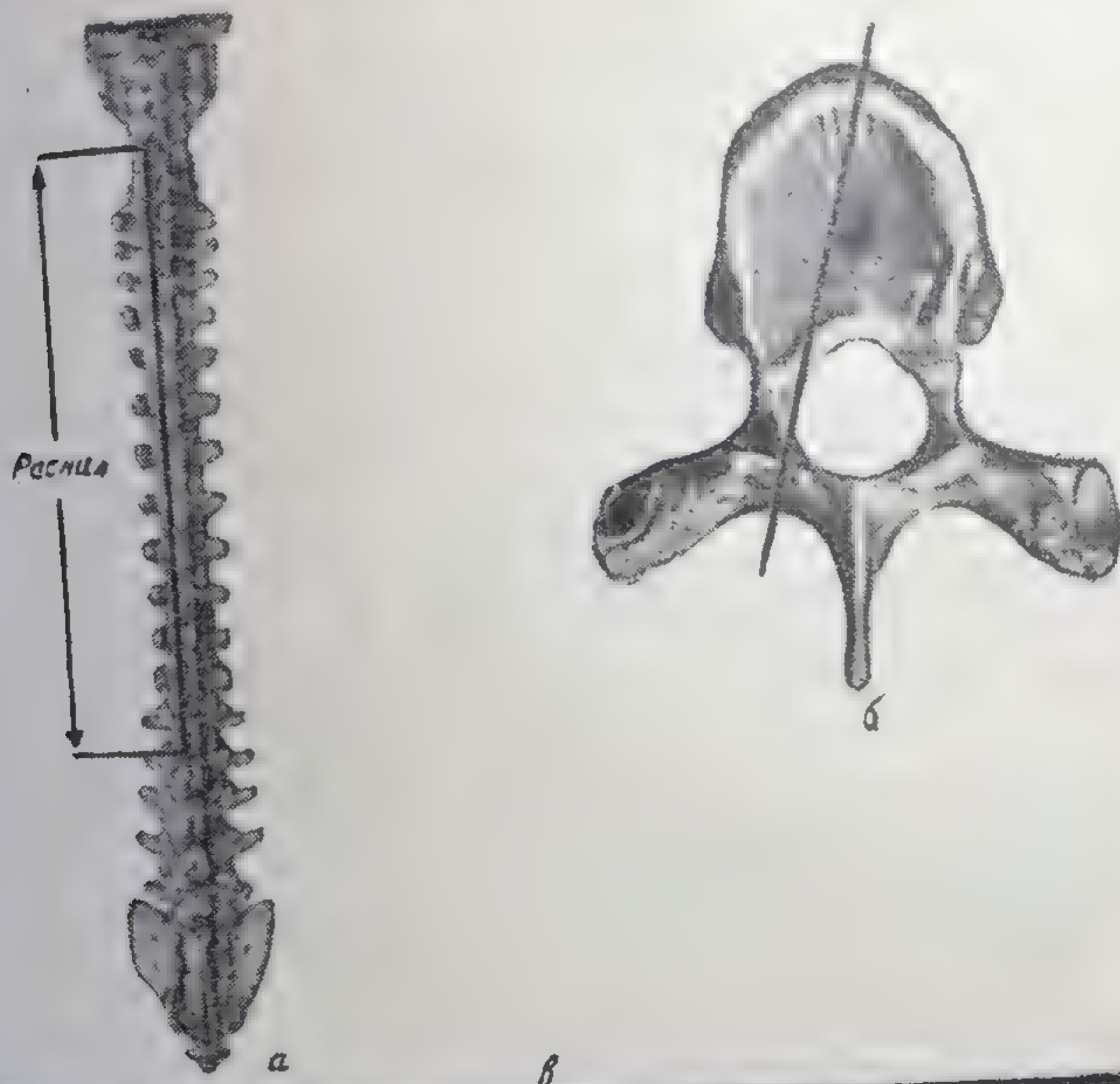


Рис. 2. Линии распила позвоночника по методу А. А. Солохина.

а — положение распила (вид сзади); б — направление линии распила (вид сверху); в — вид распиленного позвоночника.

зом, чтобы остистые и поперечные отростки, а также корни дужек позвонков были полностью доступны исследованию. Вслед за отсепаровкой мягких тканей приступают к распиливанию позвонков. Распиливание производят обыкновенной листовой пилой из секционного

набора, лучше меньших размеров. Начинают распил с III—IV шейных позвонков и продолжают его в сагиттальном направлении сзади наперед сверху вниз до IV поясничного позвонка (рис. 2, а).

Линия распила должна проходить по краю дужки позвонка между остистым и поперечным отростком и через все тело позвонка в продольном и несколько в косом направлении слева направо так, чтобы распил захватывал только боковую стенку позвоночного канала (рис. 2, б и в). В шейном и поясничном отделах в связи с тем, что позвоночный канал здесь шире, чем в грудном отделе, распил производят ближе к поперечным отросткам, в грудном же отделе — ближе к остистым. После того как все позвонки распилены, на стороне, по которой производится распил, рассекают связки и разъединяют межпозвоночные хрящи между III—IV шейными позвонками и IV—V поясничными. Распил позвонков и разъединением межпозвоночных хрящей позвоночный столб делят в сагиттальном направлении на две неровные части. Левая часть является меньшей, в ней позвонки лишены остистых отростков и правая большая, где полностью сохранены остистые отростки, оболочки и вещество спинного мозга, а также отходящие от него спинномозговые корешки.

Отпиленная левая часть позвоночника оттягивается влево и опускается книзу, правая же остается неподвижно. Так она хорошо доступна обозрению и исследованию.

После предварительного осмотра оболочек спинного мозга и позвонков приступают к извлечению спинного мозга, которое производят обычным способом.

По своей технике описанный метод очень прост и легок, так как производится всего лишь один распил. Затрата времени на распил не превышает 20 минут. При таком исследовании позвоночника одновременно можно изучить состояние спинного мозга, характер повреждения позвонков и состояние мягких тканей, в частности мышц спины. Повреждения оболочек спинного мозга при таком методе вскрытия почти никогда не наблюдаются.

Повреждения грудной клетки исследуются по методу Христофорова. После первого обычного разреза — от подбородка до лобка — производят отсепаровку мягких тканей грудной клетки с обеих сторон, возможно ближе к позвоночнику. Затем подготавливают к выделению ор-

органы малого таза и брюшной полости, тупым путем забрюшинно обнажают диафрагму. В диафрагме у передней стенки грудной клетки справа и слева проделывают два отверстия, через которые на ощупь производят ревизию плевральных полостей, имеющиеся спайки разделяют, жидкую кровь вычерпывают с учетом ее количества. Далее под контролем зрения осторожно, не повреждая сердечной сорочки, от грудины отделяют органы средостения: диафрагму подрезают с обеих сторон до позвоночника. Выделенные, как обычно, органы шеи вводят через верхнее отверстие грудной клетки, после чего извлекают из ее полости через нижнее отверстие.

Дальнейшее полное выделение всех органов заканчивают в соответствии с общеизвестным методом эвисцерации по Шору или иным способом.

Для извлечения грудной клетки ключицы перекусывают по средней линии, межпозвоночные хрящи выше I и ниже последнего грудных позвонков перерезают ножом и отделяют мягкие ткани у позвоночника. После этого грудная клетка легко вынимается из трупа. На выделенной таким образом грудной клетке хорошо видна ее деформация (если таковая имеется), по характеру которой можно установить направление травмирующей силы. Затем эксперт приступает к исследованию внутренней стенки грудной клетки, изучая разрывы пристеночной плевры, подплевральные кровоизлияния. Лишь после этого можно приступить к удалению мягких тканей из межреберных промежутков. При отсепаровке ребер хорошо видна локализация переломов и их свойства. Очень важно отметить, куда обращены отломки ребер в местах переломов — внутрь грудной полости или наружу от нее, проследить направление трещины, определить, какая костная пластинка ребра повреждена больше — внутренняя или наружная. На целом костном остоге грудной клетки эти особенности выявляются весьма наглядно.

Кровоизлияния в мышцы обнаруживаются при отсепаровке мягких тканей при выделении грудной клетки, что избавляет эксперта от необходимости дополнительных разрезов со стороны спины.

В дальнейшем, после окончания исследования, грудную клетку помещают на прежнее место. Если же возникает необходимость оставить ее для дополнительного

исследования, то в труп вкладывают каркас (деревянный стержень, равный по длине грудному отделу позвоночника с 2—3 проволочными кольцами).

Особенности вскрытия трупов, извлеченных из воды

Одним из объективных признаков смерти от утопления является обнаружение в крови и внутренних органах трупа (кроме легких) планктона. Исследование на планктон может быть произведено в сложных и неясных случаях смерти, подозрительных на утопление. Для обнаружения планктона следует изъять из трупа невскрытую почку. Могут быть исследованы и другие ткани и органы (мышца сердца, кровь из левой половины сердца, селезенка, печень, костный мозг и др.). Для исследования на присутствие планктона части органов берут в количестве не менее 100—150 г. На всех этапах исследования, начиная с изъятия материала, следует остерегаться внесения планктона извне. Поэтому во время взятия материала требуется соблюдение максимальной чистоты. Инструменты, посуда, руки (перчатки) эксперта должны быть предварительно вымыты дистиллированной водой и спиртом. Невскрытую почку, покрытую легко снимающейся капсулой, извлекают из трупа после предварительной перевязки лигатурой мочеточника и сосудов вблизи ворот так, чтобы не повредить капсулы. Выделенный орган помещают в чистую стеклянную посуду и направляют в лабораторию. Если изымают несколько органов, то каждый из них помещают в отдельную посуду, также предварительно ополоснутую дистиллированной водой. Банку с органом (кусочком органа) герметически укупоривают. Те же предосторожности следует соблюдать и при проведении самого разрушения органа.

Методика взятия крови следующая. Правую и левую половины сердца вскрывают с помощью чистых ножа и пинцета. Кровь ложкой собирают в посуду отдельно из каждой половины. Инструменты не должны прикасаться к другим органам трупа. После удаления крови полости сердца промывают дистиллированной водой с целью извлечения элементов планктона с эндокарда и межмышечных трабекул. Промывные воды собирают в отдельную посуду. Затем посуду с пробами тщательно упаковывают и направляют в лабораторию на исследование.

При судебно-медицинском исследовании трупов, извлеченных из воды, эксперты нередко заканчивают свое исследование установлением ближайшей причины смерти. При этом от внимания эксперта ускользают признаки

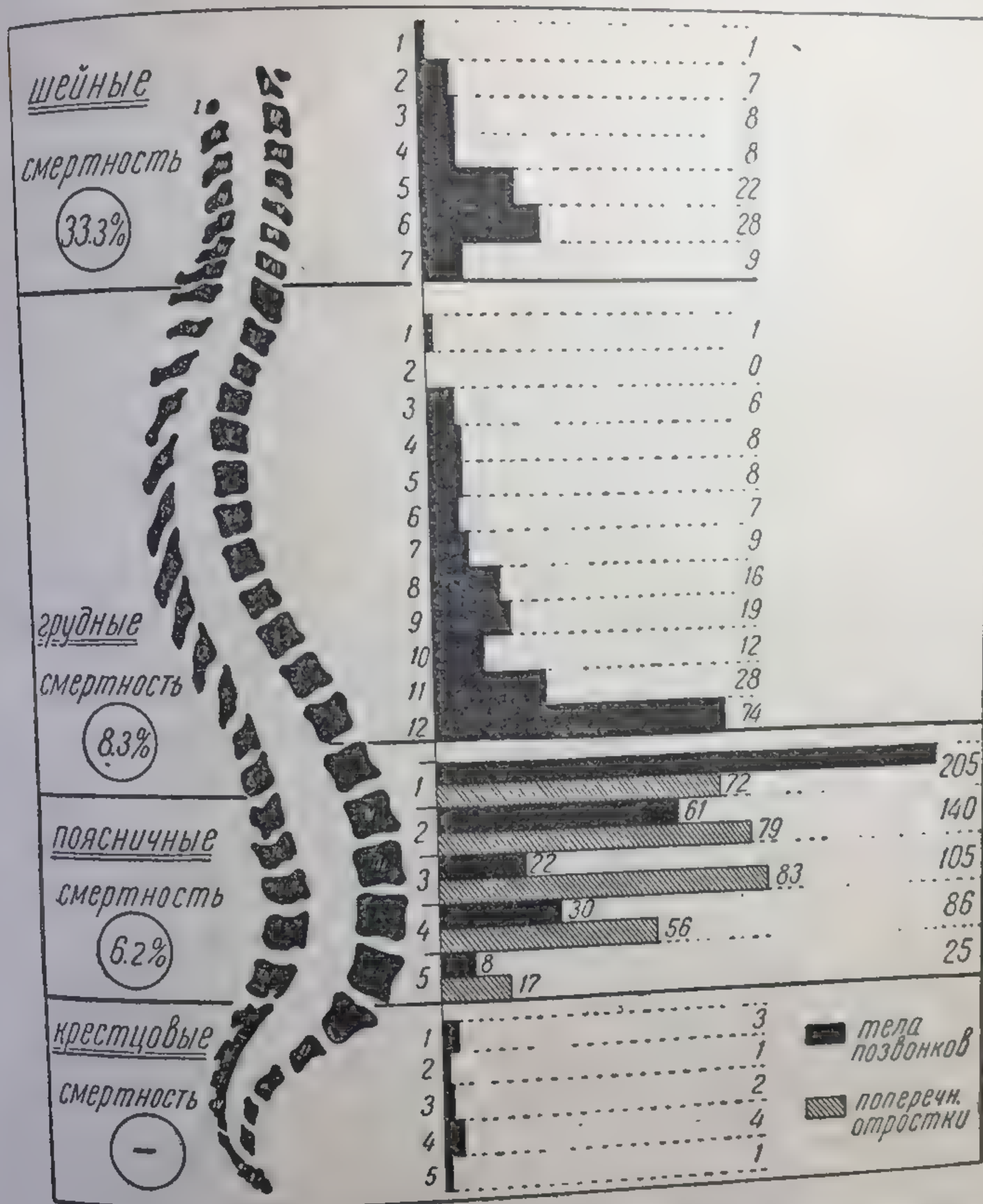


Рис. 3. Сравнительная частота повреждений отдельных позвонков (по Гориневской).

механической травмы, которые могут иметь большое значение в установлении механизма происшествия и причины смерти. В тех же случаях, когда признаки механической травмы обнаруживаются, они, как правило, оцениваются предположительно, а иногда неправильно. Примером может служить объяснение происхождения

кровоизлияний в мягкие ткани головы, шеи, области грудины и в поясничной области, обнаруживаемых на трупах, извлеченных из воды. Между тем утопление и так называемая смерть в воде нередко могут наступить вследствие механической травмы, возникающей при прыжках в воду и во время ныряния.

Повреждения позвоночника, полученные при прыжках в воду, локализуются чаще всего в области IV—VI шейных позвонков, иногда в комбинации с вывихом головы (разрыв атланто-окципитального сочленения). Изолированные переломы дуг не характерны для этого вида травмы и при наличии значительных кровоизлияний могут свидетельствовать об ударе, причиненном непосредственно в область шеи. Изолированные переломы остистых отростков иногда встречаются как результат резких мышечных сокращений мышц шеи и спины. В поясничной области они бывают от резкого переразгибания тела во время входа в воду (рис. 3).

Кровоподтеки в мягких тканях лобной и теменной областей нередко наблюдаются при повреждении шейного и верхнегрудного отделов позвоночника.

В отдельных случаях могут быть видимы при наружном осмотре кровоизлияния в поверхностных и более глубоких тканях переднебоковой поверхности шеи. Эти кровоизлияния обычно возникают при резком насильственном разгибании шеи, при противодействии рефлекторно сократившихся мышц и наблюдаются при ударах головой о твердые предметы (дно, камни, бревна, тело пловца и др.), а также при ударе о воду.

Отсутствие кровоизлияний в мягких тканях головы и передней поверхности шеи не является противопоказанием к дальнейшему исследованию, направленному на выявление возможного повреждения позвоночника.

Для исключения травмы позвоночника необходимо производить разрез кожи и мягких тканей спины по позвоночной линии от затылочного бугра до крестца. Затем производят разрез мышц шеи и спины по боковым поверхностям остистых отростков.

Разрезанные мягкие ткани раздвигают в стороны до обнажения остистых отростков и задних поверхностей дуг позвонков. Отсутствие кровоизлияний в этой области позволяет исключить травму позвоночника и ограничить исследование тщательным его осмотром. При обнаруже-

нии хотя бы незначительных кровоизлияний в мягких тканях одной из указанных областей необходимо вскрытие позвоночника.

В. А. Свешниковым предложен следующий метод вскрытия шейного и верхнегрудного отделов позвоночника.

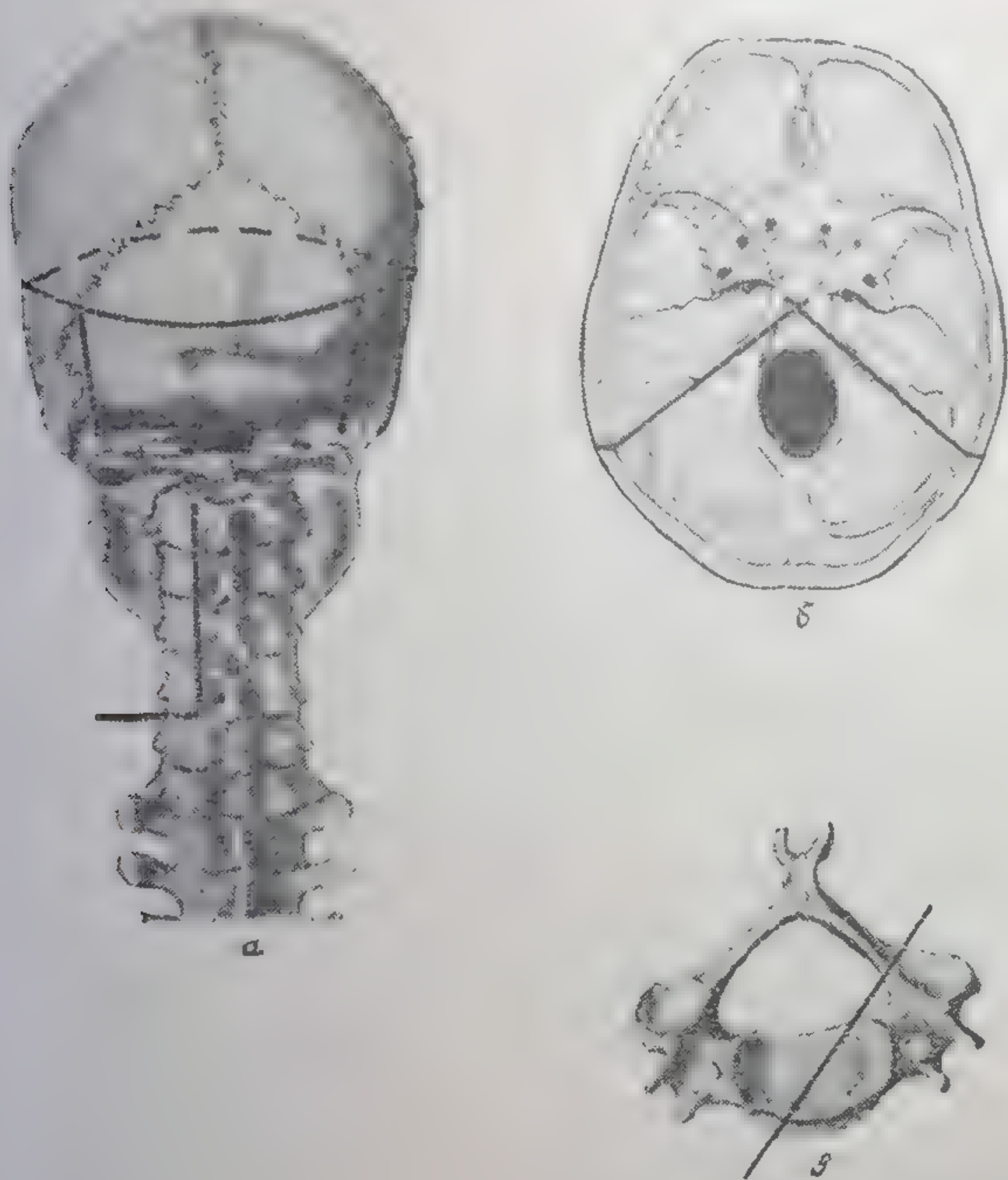


Рис. 4. Линии распилов черепа и позвоночника по методу В. А. Свешникова.

а — способ распила черепа и шейного отдела позвоночника; б — линия распила костей основания черепа; в — линия распила позвонков.

ка. После кругового распила черепа, извлечения головного мозга и твердой мозговой оболочки затылочная кость выпиливается так, чтобы остались неповрежденными I и II шейные позвонки и атланто-окципитальное сочленение. Для этого справа и слева, несколько кнаружи от линии затылочно-височных швов, делают распилы, соединяющиеся между собой на скате Блюменбаха (рис. 4, а и б). Затем справа и слева от позвоночника

распиливают I и II ребра, на 1—2 см отступя от их сочленений. После этого позвоночник со спинным мозгом пересекают по хрящу между II и III грудным позвонком и извлекают верхний отдел позвоночника. Выделенную часть позвоночника желательно, если есть возможность, предварительно рентгенологически исследовать в двух общепринятых проекциях. Часть затылочной кости отделяют по сочленению только после проверки его целостности. Далее производят распил дуг и тел позвонков с одной стороны с расчетом, чтобы линия распила проходила примерно через центр тела позвонка (рис. 4, в).

Выбор стороны, с которой целесообразнее произвести распил, делает сам эксперт в зависимости от локализации повреждений дуг. При таком распиле легко обнаруживаются повреждения тел позвонков (продольные, компрессионные и компрессионно-оскольчатые), причем спинной мозг и оболочки остаются неповрежденными и извлекаются целиком. Связочный аппарат и межпозвоночные диски становятся доступными для осмотра.

О продолжительности пребывания трупа в воде свидетельствует степень мацерации кожи (см. таблицу).

Мацерация кожи кистей и стоп в зависимости от продолжительности пребывания трупа в воде (по Э. Л. Туниной)

Температура воды	Время появления начальных признаков мацерации	Время появления конечных признаков мацерации
23°	20—30 минут	3—4 суток
16°	40 минут	5 »
14—15°	1½ часа	5—6 »
7,9—9,4°	1 сутки	17 »
2—4°	2 суток	30—60 »

Особенности вскрытия замерзших трупов

Замерзший труп следует предварительно оттаять. Оттаивание нужно производить медленно при температуре не выше 18—20°. Даже при медленном оттаивании, а особенно при быстром оттаивании кровь подвергается гемолизу и пропитывает ткани трупа. Имбибиция может повести к ошибочной диагностике прижизненного кровоизлияния в тех случаях, когда есть только посмертное пропитывание.

Поэтому быстрое оттаивание замерзшего трупа путем применения горячей воды, возле горячей печи и т. п. является недопустимым.

Исследование частей трупов

При исследовании отдельных частей трупа, доставленных в морг, следует:

1) отметить и зафиксировать упаковку частей трупа, указав в акте исследования материал упаковки, состояние материала упаковки, как и чем увязан сверток;

2) тщательно и подробно описать и измерить исследуемый объект, имея в виду возможность последующего установления личности покойного, его роста, размеров одежды, обуви и головного убора;

3) тщательно описать все повреждения мягких тканей и костей, особенности этих повреждений, имея в виду не только определение происхождения повреждений и время их нанесения, но и те детали, которые могут позволить установить способ расчленения и возможную профессию преступника.

При поступлении в морг других частей трупа последние сопоставляются с ранее доставленными для установления принадлежности их к одному и тому же трупу и определения особенностей орудия, которым производилось расчленение;

4) определять группу и тип крови каждой доставленной части трупа;

5) особенно тщательно описать индивидуальные особенности: цвет волос, глаза, особенности зубов (коронки, кариозные зубы, повреждения зубов, протезы и др.), рубцы, родимые пятна, татуировки, бородавки, индивидуальные особенности ногтей, мозолей, профессиональные особенности и др.;

6) после описания исследовать части трупа для определения кровенаполнения органов и тканей, повреждений костей.

После исследования и определения группы крови части трупа следует сохранять на холоду в отдельных сосудах, а при необходимости более длительного хранения или отсутствия холода — в 5—10% растворе формалина. Захоронение таких частей трупа производится только с разрешения органов расследования.

СОСТАВЛЕНИЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА¹

В настоящее время многие судебномедицинские эксперты при исследовании трупов в акте судебномедицинского вскрытия перед заключением составляют патологоанатомический диагноз. В диагнозе в определенной последовательности излагаются морфологические (анатомические) изменения.

Практика показывает, что при построении патологоанатомического диагноза врачи нередко испытывают трудности. Иногда такой диагноз представляет простое перечисление обнаруженных при вскрытии трупа повреждений или болезненных изменений без патогенетической связи.

В действующих «Правилах судебномедицинского исследования трупа» составление патологоанатомического диагноза не предусмотрено и места для него в акте судебномедицинского исследования трупа не отведено. По мнению авторов настоящего «Справочника», патологоанатомический диагноз наиболее целесообразно помещать после подписей понятых, т. е. перед заключением.

Ниже излагаются основные положения, касающиеся составления патологоанатомического диагноза в случаях судебномедицинских вскрытий трупов.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

При составлении патологоанатомического диагноза следует различать:

- а) основное заболевание (повреждение);
- б) осложнения основного заболевания или повреждения;
- в) сопутствующие заболевания и патологические состояния.

Основным повреждением (травмой, отравлением и т. п.) необходимо считать такое повреждение, которое:

- а) само по себе явилось причиной смерти, например повреждение жизненно важных органов (мозга, сердца, аорты и т. п.);

¹ Составлено совместно с В. Г. Петрухиным.

б) вызвало другое, тесно с ним связанное заболевание (осложнение), повлекшее за собой гибель организма; например трещина костей основания черепа, вызвавшая гнойный менингит;

в) обусловило поражение организма, создавшее предрасположение для возникновения другого заболевания, например: вывих шейных позвонков, сопровождавшийся нарушением функции спинного мозга, привел к развитию массивных пролежней. Вследствие резкого угнетения реактивности организма возникла пневмония, а затем сепсис, который и явился причиной смерти.

При множественных повреждениях основным считается то, которое само по себе или вследствие осложнений привело к смерти, а не повреждение, первоначально вызвавшее наибольшую потерю трудоспособности. Например: при одновременном повреждении головы (вызвавшем тяжелое сотрясение мозга) и мягких тканей нижних конечностей (осложнившимся флегмоной и развитием сепсиса) последнее повреждение будет считаться основным.

Осложнения могут быть основными и добавочными.

Основным осложнением (как правило, оно бывает одним) называется такое, которое непосредственно или через патогенетически связанные с ним новые патологические процессы привело к смерти пострадавшего. Например: непроходимость кишечника, возникшая на почве спаечной болезни, будет основным осложнением протекающего повреждения брюшной полости.

Добавочными называются все остальные осложнения, которые возникли непосредственно от основного повреждения или связаны с основным его осложнением. Эти осложнения играют второстепенную роль в смертельном исходе и могут быть множественными. Например: при обширных ожогах и смерти от сепсиса (основное осложнение) пролежни, гнойные затеки, бронхопневмония и т. п. будут добавочными осложнениями.

Сопутствующими повреждениями следует называть все те повреждения, которые могли быть причинены одновременно с основным повреждением или вскоре после него, но не сыграли ведущей роли в смертельном исходе. Например: при автомобильной травме, вызвавшей субарахноидальное кровоизлияние, раны мягких тканей, кро-

воизлияния, ссадины и т. п. будут сопутствующими повреждениями.

При обозначении основного повреждения в случаях смерти от различного вида травм в диагнозе необходимо указывать:

1. Характер повреждения: огнестрельное — пулевое, осколочное и т. д., резаное, рубленое, тупая травма, сотрясение или ушиб тела. 2. Вид травмы: слепое, сквозное, касательное, проникающее или непроникающее, одиночное или множественное, изолированное повреждение какой-либо области тела, комбинированное (при повреждениях нескольких областей тела). 3. Анатомическая локализация повреждения.

После обозначения характера, вида и локализации повреждения перечисляются в патогенетической последовательности изменения в органах и тканях, возникшие при данном повреждении. Затем указываются осложнения основного повреждения и сопутствующие повреждения (заболевания) и их осложнения.

Таким образом, патологоанатомический диагноз при повреждениях строится в следующей последовательности:

1. Основное повреждение: характер, вид и локализация повреждения, изменения в органах и тканях.

2. Осложнения основного повреждения.

3. Сопутствующие повреждения (заболевания) и их осложнения.

В случаях смерти от болезней основным заболеванием следует считать определенную нозологическую единицу, которая сама по себе или вследствие осложнений, тесно с ней связанных, явилась причиной смерти. Например, при смерти от кровоизлияния в мозг при атеросклерозе или от тампонады сердца при инфаркте миокарда, возникшего на почве гипертонической болезни, основными заболеваниями являются атеросклероз и гипертоническая болезнь.

К осложнениям относятся только те патологические процессы, которые непосредственно, патогенетически связаны с основным заболеванием. Осложнения заболевания также могут быть разделены на основное (уремия при нефрите или массивная пневмония, возникшая на почве кровоизлияния в мозг при гипертонической болезни) и добавочные; например, в случае хронической язвы пилорического отдела желудка с перфорацией в брю-

шную полость разлитой гнойный перитонит будет являться основным осложнением, а рассеянная нижнедолевая пневмония и дистрофия печени и миокарда добавочными.

Сопутствующим заболеванием может быть любая болезнь или патологический процесс, не связанные патогенетически с основным заболеванием, возникшие до начала основного заболевания или присоединившиеся к нему и не являющиеся причиной смерти. Например: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли, атеросклероз, различного рода повреждения и т. п. при каких-либо других заболеваниях, вызвавших смерть.

В судебно-медицинской практике встречаются случаи, когда наступление смерти по времени как бы связано с имевшей место травмой. При исследовании трупа оказывается, что травма в генезе смерти не играла ведущей роли. Например: человек умер в ближайшие минуты после удара кулаком по лицу, вызвавшего небольшой кровоподтек в слизистую губы и в области глаза. На вскрытии обнаружено массивное субарахноидальное кровоизлияние. При этом каких-либо переломов костей или кровоизлияний в мягкие ткани черепа не обнаружено. Повреждения, вызванные ударом кулака, совершенно не соответствуют массивности изменений, обнаруженных при исследовании головного мозга. При детальном макроскопическом осмотре сосудов и гистологическом исследовании иногда удается обнаружить их изменения (аневризмы или истончение и атипизм строения стенок сосудов, атеросклероз и т. п.). В этих случаях основным следует считать самопроизвольное субарахноидальное кровоизлияние на почве порока развития сосудов головного мозга или атеросклероза, а травму следует отнести к сопутствующему повреждению, которое могло ускорить наступление кровоизлияния из патологически измененных сосудов.

Если у больного (пострадавшего) возникло заболевание, не связанное непосредственно или через осложнения с бывшим ранее повреждением (заболеванием) и явившееся причиной смерти, то такое заболевание следует считать **основным**. Например, больной с закрытым переломом бедра, находясь в лечебном учреждении, заболел эпидемическим гриппом и умер. Эпидемический грипп будет основным заболеванием, а закрытый перелом — сопутствующим повреждением.

В некоторых случаях при судебно-медицинском исследовании трупа обнаруживаются два или даже несколько тяжких повреждений, каждое из которых само по себе могло бы привести к смерти пострадавшего. Например: при железнодорожной травме у пострадавшего имеется обширное повреждение костей черепа с разрушением вещества головного мозга и сдавление грудной клетки с переломом ребер и ранением сердца или крупных сосудов. В этих случаях бывает трудно выделить основное повреждение. Однако с учетом обстоятельства дела, анамнеза, клинической картины болезни, результатов вскрытия и данных гистологического и лабораторного исследования необходимо из числа конкурирующих основных повреждений (заболеваний) выделить одно, которое, по мнению эксперта, имеет наибольшее значение в генезе смерти, и поставить его на первое место.

Нередко при составлении патологоанатомического диагноза на первое место ставят термин «состояние после операции...». Следует считать неправильным попытку эксперта термином «состояние после операции...» оправдать, что он не может поставить правильного диагноза, бывшего до хирургической обработки повреждения. Эксперт должен в таком случае использовать данные истории болезни, по которым нередко можно уточнить характер повреждения и на основании клинических данных составить правильный анатомический диагноз.

В некоторых случаях оперативное вмешательство производится по поводу осложнения (например, гнойные затеки) или сопутствующего повреждения (заболевания). В этих случаях характер оперативного вмешательства указывается после обозначения осложнения или сопутствующего повреждения (заболевания).

В тех случаях, когда во время операции болезненно измененный (поврежденный) орган (или часть его) был удален и этот орган передан в гистологическую лабораторию для исследования, то после обозначения болезни (повреждения), установленной при таком исследовании, необходимо указывать в скобках номер и дату биопсии. Например: 1) Тупая травма живота: массивное кровоизлияние в мягких тканях передней брюшной стенки, разрыв селезенки. 2) Операция: лапаротомия с удалением селезенки (дата операции, биопсии, № ... от ...)

Если же микроскопическое исследование не производилось, то обозначение болезни (повреждения) указывается по клиническим данным. Например: 1) острый перфоративный аппендицит (клинически), 2) операция удаления червеобразного отростка (дата), 3) разлитой гнойный перитонит и т. д.

В патологоанатомический диагноз можно включать и такие состояния, как шок, асфиксия, уремия, сепсис или пиемия. Во всех этих случаях нужно стараться привести морфологические проявления указанных состояний. К диагностике шока следует подходить крайне осторожно и только в тех случаях, когда имеется соответствующая клиническая картина, сочетающаяся с морфологическими данными: контраст между бледностью кожных покровов и резким полнокровием внутренних органов (часто сопровождающиеся острой гиперплазией селезенки), незначительность кровоизлияний при обширных разрушениях мягких тканей, особенно нижних конечностей, а также быстрая смерть при ранениях крупных нервных стволов, таза, живота с разрывом кишечника и выходом содержимого в брюшную полость. Такой осторожный подход к диагнозу «шок» диктуется тем, что при травмах смерть может наступить не только от шока, но и от не совместимых с жизнью повреждений, смертельной кровопотери, жировой эмболии, асфиксии и т. п.

Такие определения, как острая сердечно-сосудистая недостаточность, кома, токсинемия, аутоинтоксикация и т. д., в патологоанатомическом диагнозе не указываются, так как эти понятия являются клиническими. Заключение о причине смерти в указанных случаях необходимо обосновать данными клинического лабораторного и химического исследования.

В патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания должно фигурировать определенное заболевание или патологический процесс, имеющий характер заболевания.

Для определения основного заболевания (повреждения), приведшего к смерти, следует пользоваться «Номенклатурой болезней», утвержденной Министерством здравоохранения СССР 1953 г. После обозначения нозологической формы (1) необходимо указать проявления ее, а затем отметить осложнения (2) и сопутствующие болезни или повреждения (3).

ПРИМЕРЫ СОСТАВЛЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СМЕРТИ

Скоропостижная смерть

Пример 1. К. 46 лет во время драки упал и умер до оказания медицинской помощи. До этого жалоб на здоровье не предъявлял.

Патологоанатомический диагноз: 1) Гипертоническая болезнь: выраженная гипертрофия мышцы левого и правого желудочков сердца с расширением полостей их, артериосклеротический нефроцирроз, атеросклероз аорты и небольшой атеросклероз венечных артерий сердца. 2) Неравномерное кровенаполнение миокарда передней стенки левого желудочка сердца и межжелудочковой перегородки. Полнокровие легких, печени, почек и вещества головного мозга. 3) Кровоподтек в области века левого глаза, мелкие ссадины на коже левой щеки и тыльной поверхности правой кисти. Запах алкоголя от внутренних органов.

В этом случае смерть наступила от острого расстройства сердечного кровообращения у мужчины, страдавшего гипертонической болезнью, на это указывает неравномерность кровенаполнения миокарда и полнокровие внутренних органов.

Пример 2. Д. 59 лет получил удар в правую боковую поверхность тела упавшей со второго этажа доской. В больнице через 13 часов после травмы развились явления острого живота. Умер через 2 суток после травмы.

Патологоанатомический диагноз: 1) Общий атеросклероз: резко выраженный атеросклероз аорты с обызвествлением и изъязвлением атероматозных бляшек и образованием тромбов на последних, атеросклероз венечных артерий сердца и сосудов основания мозга и брыжеечных артерий. 2) Тромбоэмболия верхней брыжеечной артерии с некрозом большого участка тощей кишки, разлитой фибринозно-геморрагический перитонит. Операция лапаротомии с удалением некротизированного участка тощей кишки (20/III 1959 г. Биопсия № 271 от 22/III 1959 г.). 3) Рваная рана на заднебоковой поверхности правого плеча с кровоизлиянием в мягкие ткани в этой области. Операция хирургической обработки ран на правом плече с наложением швов (19/III 1959 г.).

Мелкие ссадины и кровоподтек на заднебоковой поверхности живота и поясничной области.

Пример 3. Н. 19 лет за 2 дня до смерти перенес грипп. В день смерти работал на лесозаготовках. К вечеру почувствовал себя плохо и через 3 часа умер.

Патологоанатомический диагноз: 1) Миокардит после перенесенного гриппа: расширение полостей правого и левого сердца, дряблый, глинистого вида пестрый миокард. 2) Застойное полнокровие легких, почек, печени.

Примечание. Если по обстоятельствам дела нельзя установить природу миокардита, то следует указывать: «Миокардит невыясненного происхождения».

Пример 4. Б. 21 года во время работы поскользнулся и ударился головой о твердый тупой предмет. Спустя 4 часа после этого во время игры в волейбол почувствовал головокружение и через 6 часов умер.

Патологоанатомический диагноз: 1) Ангиоматоз мягкой оболочки и вещества головного мозга. 2) Массивное субарахноидальное кровоизлияние. Мелкие очаги кровоизлияний в правой половине вещества головного мозга с размягчением последнего. 3) Поверхностная ссадина кожи в правой затылочно-теменной области и небольшой фокус. Кровоизлияния в подкожной клетчатке под ссадиной.

Огнестрельная травма

Пример 5. Е. 36 лет выстрелил из пистолета в голову.

Патологоанатомический диагноз: 1) Огнестрельное одиночное пулевое сквозное ранение головы. Входное отверстие в подбородочной области с наличием на коже штанцмарки, копоты и порошинок вокруг раны. Выходное отверстие в затылочной области. Множественные мелко- и крупнооскольчатые переломы костей основания и свода черепа. Обширное разрушение вещества мозга с кровоизлияниями по ходу раневого канала и внедрением мелких отломков костей. 3) Брызги крови на тыльной поверхности I, II, III пальцев правой кисти.

Колото-резаные ранения

Пример 6. Гражданка Ш., 16 лет, была обнаружена мертвой с множественными ранами груди и живота.

Патологоанатомический диагноз: 1) Множественные колото-резанные ранения, проникающие в грудную клетку и живот с повреждением левого предсердия, верхней доли правого легкого, печени и желудка. Гемоторакс (2000 мл), гемоперитонеум (200 мл). 2) Резко выраженное малокровие внутренних органов. 3) Множественные резанные раны на пальцах правой руки. Ссадины и кровоподтеки на лице, правом плече и груди.

Железнодорожная травма

Пример 7. Р. 19 лет во время перехода железнодорожных путей был сбит электропоездом и отброшен к платформе.

Патологоанатомический диагноз: 1) Закрытая тупая травма головы с небольшим сплющиванием передней части свода черепа. Многооскольчатый перелом лобной, теменных, височных и основной костей. Обширные субдуральное и субарахноидальное кровоизлияния, ушиб и разрушение височных долей головного мозга с множественными мелкими и крупными кровоизлияниями в обоих полушариях головного мозга и в подкорковых узлах. Кровоизлияния в мягкие ткани головы в области переломов. 2) Мелкие кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца. 3) Перелом правой ветви нижней челюсти и верхней челюсти справа. Закрытая тупая травма груди и живота справа с переломом V и VI ребер по средней подмышечной линии, ушибом нижней доли правого легкого, разрывом купола диафрагмы, разрушением правой доли печени. Гемоторакс (500 мл), гемоперитонеум (400 мл). Множественные ссадины на выступающих частях лица, на коже правого плеча, правой подвздошной кости, верхней трети правого бедра и правой голени. Закрытый оскольчатый перелом обеих костей нижней трети правой голени без кровоизлияний в мягкие ткани в области переломов.

Механическая асфиксия

Пример 8. Г. 24 лет повесился на брючном ремне. Патологоанатомический диагноз: странгуляционная борозда на шее, косо восходящая слева вверх направо и сходящаяся под тупым углом в области подбородка справа. Осаждения в области странгуляционной бороз-

ды и мелкие, местами сливающиеся кровоизлияния в коже в области дна последней. Мелкие ссадины на левой щеке и подбородке. Острая эмфизема легких, точечные кровоизлияния под эпикард. Жидкая темная кровь в полостях сердца и крупных сосудов, резкое полнокровие внутренних органов, сине-багровые трупные пятна на конечностях.

Пример 9. Ш. 37 лет обнаружен дома мертвым; лицо покойного обращено к подушке, на которой были рвотные массы.

Патологоанатомический диагноз: 1) Аспирация рвотных масс в дыхательные пути: частицы непереваренной пищи в трахее, крупных и мелких бронхах. Выраженная острая эмфизема легких. 2) Множественные мелкоточечные кровоизлияния под плеврой, эпикардом, слизистых век. Жидкая темная кровь в сосудах и полостях сердца. Расширение полостей сердца. Интенсивно фиолетовые трупные пятна на лице и передней поверхности тела. 3) Резкий запах алкоголя от внутренних органов, вещества головного мозга и содержимого желудка.

Пример 10. С. 20 лет пытался достать из реки упавший головной убор, оступился и был унесен водой. Труп извлечен из воды через 30—40 минут.

Патологоанатомический диагноз: 1) Утопление: стойкая мелкопузырчатая пена в дыхательных путях, значительное увеличение объема и веса легких с наличием обильного количества пенистой жидкости и частичек песка в просвете трахеи и бронхов. 2) Множественные мелкие кровоизлияния под плеврой. Жидкая темная кровь в полостях сердца и крупных сосудов. Резкое полнокровие внутренних органов. 3) Рваноушибленные раны в мягких покровах волосистой части головы и множественные ссадины лица и тела без видимых кровоизлияний в подлежащие ткани.

Действие крайних температур

Пример 11. Е. 28 лет в результате возникшего пожара и последующего взрыва бака с бензином был извлечен из помещения обгоревшим.

Патологоанатомический диагноз: ожог всего тела; обугливание кожи, мышц, всей грудной и брюшной стенок слева, костей свода черепа, лицевого скелета, грудной

кости, ребер, костей верхних и нижних конечностей; частичное обугливание вещества головного мозга, левого легкого, сердца, левой доли печени, дна желудка, петель кишечника, селезенки. Ожог II—III степени слизистой глотки и дыхательных путей с отложением большого количества копоти на слизистой трахеи и бронхов.

Пример 12. Б. 22 лет к концу 30-километрового перехода на лыжах почувствовал усталость. Товарищ не смог его дотащить до дома. Б. был без сознания. Предпринятая медицинская помощь успеха не имела.

Патологоанатомический диагноз: 1) Общее переохлаждение организма: пятна Вишневого на слизистой желудка, резкое переполнение кровью полостей сердца, полнокровие внутренних органов. 2) Отморожение правой ушной раковины II степени. Ссадина на наружно-задней поверхности левого бедра с кровоизлиянием в подкожную клетчатку и ссадины на внутренней поверхности верхней трети левой голени без кровоизлияния в подкожной клетчатке.

Электротравма

Пример 13. И. 25 лет, работая с переносной электрической лампочкой, был поражен током и скончался на месте происшествия (ток напряжения 220 вольт).

Патологоанатомический диагноз: поражение электро-током; электрометки на коже ладонной поверхности левой кисти; темная жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, мелкоточечные кровоизлияния под плеврой, полнокровие внутренних органов, разлитые сине-багровые трупные пятна. Хронический тонзиллит.

Отравления

Пример 14. С. 43 лет найден мертвым в сторожевой будке.

Патологоанатомический диагноз: 1) Отравление окисью углерода (акт судебно-химического исследования № 16 от 11/III 1959 г.): жидкая алая кровь в сосудах и полостях сердца, полнокровие и ярко-красное окрашивание внутренних органов и мышц, интенсивно выраженные трупные пятна светло-розового цвета. 2) Умеренно выраженный атеросклероз аорты и венечных артерий сердца.

Пример 15. Ц. 21 года обнаружил у товарища бутылку с жидкостью, по запаху похожую на спирт, и выпил приблизительно 150—200 г этой жидкости. Через несколько часов появились боли в животе, тошнота, рвота. 2) Медицинская помощь успеха не имела. Через 2 суток после приема неизвестной жидкости умер.

Патологоанатомический диагноз: 1) Отравление этиленгликолем (акт судебнохимического исследования № 28 от 29/VI 1959 г.). Выраженная дистрофия эпителия извитых канальцев почек с наличием кристаллов щавелевой кислоты в них (гистологическое исследование № 32 от 27/VI 1959 г.). Дистрофия печени. 2) Полнокровие вещества головного мозга, легких; мелкие кровоизлияния под эпикард левого желудочка сердца.

Пример 16. С. 26 лет, выпив около 600 г водки, затеял драку, во время которой получил удар в челюсть и упал. Через 2—4 минуты поднялся и пошел домой. Через час был подобран на улице и доставлен в больницу в состоянии сильного алкогольного опьянения с жалобами на разлитые боли в животе и неоднократную рвоту. Объективно: живот напряжен, болезнен при ощупывании, особенно в верхнем отделе правой подвздошной области. Симптом Блюмберга—Щеткина положительный. Возникло предположение, что у С. имеется какой-то острый процесс в брюшной полости, возможно прободение язвы желудка. Под местной новокаиновой анестезией, а затем под эфирным наркозом произведена срочная лапаротомия и ревизия органов брюшной полости. Каких-либо патологических изменений обнаружить не удалось. В послеоперационный период развился парез кишечника. Не выходя из тяжелого состояния, С. через 19 часов после операции умер.

Патологоанатомический диагноз: 1) Алкогольная интоксикация. 2) Операция лапаротомии (10/VIII 1959 г.) по поводу предполагаемой прободной язвы желудка. Вздутие газами петель тонкого и толстого кишечника. Геморрагическая жидкость в брюшной полости (около 200 г). Небольшой кровоподтек в брыжейке поперечноободочной кишки и в стенке тонкой кишки. Нижнедолевая рассеянная двусторонняя пневмония. Полнокровие вещества головного мозга, легких, почек. 3) Небольшой кровоподтек в мягкие ткани в области левого угла нижней челюсти.

Криминальный аборт

Пример 17. С. 24 лет с целью прекращения беременности ввела в полость матки мыльный раствор; умерла вскоре после введения.

Патологоанатомический диагноз: 1) Криминальный аборт. 2) Воздушная эмболия; столбики воздуха в венах маточно-влагалищного сплетения; воздух в полости правого желудочка и в венечных артериях сердца. Беременность около 12 недель. Отслойка плаценты и кровоизлияния в нее и слизистую оболочку матки.

Пример 18. Гражданка Ф., 23 лет, поступила в больницу по поводу маточного кровотечения. Умерла к концу 3-х суток после поступления.

Патологоанатомический диагноз: 1) Фибринозный эндометрит после криминального аборта. 2) Гнойный тромбофлебит вен маточно-влагалищного сплетения. Септикопиемия; множественные мелкие метастатические абсцессы в печени и почках; свежие бородавчатые наложения на створках двустворчатого клапана, двусторонняя мелкоочаговая бронхопневмония. Дистрофия миокарда, печени, почек.

ДАННЫЕ О РАЗМЕРАХ И ВЕСЕ ЧАСТЕЙ ТЕЛА И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ¹

Возраст	Длина в см	Вес в кг
---------	------------	----------

Дети до 1 года

Новорожденные	50	3,2
15 дней	50	3,6
1 месяц	54	4
2 месяца	58	5
3 »	60	5,7
4 »	62	6,3
6 месяцев	65	7,3
8 »	68	8,2
10 »	69	8,9
12 »	72	10,0

¹ А. И. Абрикосов. Техника патологоанатомических вскрытий трупов, Медгиз, 1948.

Возраст	Длина в см		Вес в кг	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки

Дети после 1 года

1 год	72	71	10	9,5
2 года	80	79	11,5	11,0
3 »	87	86	12,5	12,4
4 »	93	92	14,2	14,0
5 лет	99	98	16,0	15,7
6 »	105	104	18,0	16,8
8 »	116	114	22,0	19,5
10 »	128	125	26,0	23,0
12 »	138	131	30,0	29,0
14 »	147	146	38,0	37,0
16 »	156	152	47,0	45,0

Определение доношенности плода по диаметру бекларовского ядра окостенения

До 37 недель внутриутробной жизни ядро отсутствует.
 На 38-й неделе внутриутробной жизни диаметр ядра 1—2 мм.
 У доношенного новорожденного диаметр ядра 2—5 мм и более.

Определение возраста, особенно у детей, по развитию зубов

Первое прорезывание зубов

	4—7-й	месяц
Нижние внутренние резцы	8—10-й	»
Верхние резцы	12—14-й	»
Нижние наружные резцы	18—20-й	»
Клыки	28—34-й	»
Задние малые коренные зубы (премоляры)		

Второе прорезывание зубов

	7-й	год
Первые большие коренные зубы	8-й	»
Внутренние резцы	9-й	»
Наружные резцы	10-й	»
Передние малые коренные зубы	11—13-й	год
Клыки	11—15-й	»
Задние малые коренные зубы	13—16-й	»
Вторые большие коренные зубы	18—30-й	»
Третьи большие коренные зубы		

Размеры черепа новорожденных (в сантиметрах)
(измеряют циркулем)

Продольный размер (diameter fronto-occipitalis) от glabella лобной кости до затылочного бугра	12
Большой поперечный размер (diameter biparietalis)	9,25
Малый поперечный размер (diameter bitemporalis)	8
Горизонтальная окружность (planum fronto-occipitalis)	34

Размеры черепа взрослых (в сантиметрах)
(измеряют циркулем)

	Мужчины	Женщины
Продольный размер (diameter fronto-occipitalis)	20	18
Задний поперечный размер (diameter biparietalis)	16	14
Горизонтальная окружность головы	55	53

Размер таза (в сантиметрах)
(измеряют циркулем)

Наружные размеры большого таза

	Мужчины	Женщины
Поперечный размер между наиболее выдающимися частями гребешков подвздошных костей (distantia cristarum)	28,5	30
Поперечный размер между обеими spina superioris (distantia spinarum)	27	28,5

Внутренние размеры малого таза

	Мужчины	Женщины
Conjugata vera — расстояние от середины promontorium до задней поверхности лобкового сочленения	10,8	11,6
Большой поперечный размер входа в таз (на уровне conjugata vera)	12,8	13,5
Косой размер входа в таз — расстояние от крестцово-подвздошного сочленения до tuberculum ileo-rectineum противоположной стороны	12,2	12,6
Расстояние от границы между II—III крестцовыми позвонками до середины задней поверхности лобкового сочленения	10,8	12,2
Расстояние между нижним концом крестца и нижним краем лобкового сочленения	11,5	11,5
Distantia spinarum-ischii — расстояние между обеими spinae ossis ischii	8,1	9,9
Продольный размер выхода из малого таза — расстояние между верхушкой копчика и linea arcuata	7,4	9
Поперечник выхода — расстояние между обоими седалищными буграми	8,1	10,8

Размеры таза в зависимости от возраста (у девочек)

Возраст в годах	Distantia tro- chanterica в см	Distantia cri- starum в см	Distantia spi- narum в см	Conjugata externa в см
12—14	22—25	20—22	22—23	14—16
14—16	25—28	22—25	23—24	16—17
16—18	29—32	26—29	24—26	17—20

Головной мозг

Возраст	Средний вес (в граммах)
Новорожденные	380
Дети 1 года	910
» 3 лет	1 080
» 5 »	1 250
» 10 »	мальчики 1400, девочки 1260
» 15 »	» 1470, » 1235
Взрослые	мужчины 1375, женщины 1250

Отношение веса мозга к весу всего тела 2 : 100

Размеры головного мозга взрослых (в сантиметрах)

Сагиттальный	мужчины 16—17, женщины 15—16
Поперечный	13—14
Вертикальный	10,5—12,5

Спинной мозг (взрослых)

Вес	27—28 г.
Отношение веса спинного мозга к весу головного мозга	1 : 48
Длина	45 см

Размеры поперечника спинного мозга (в сантиметрах)

	фронтальный	сагиттальный
Шейное утолщение	1,3—1,4	0,9
Грудной отдел	1	0,8
Поясничное утолщение	1,2	0,9

Сердце

Возраст	Средний вес (в граммах)
Новорожденные	24
Дети 1 года	37
» 3 лет	62
» 5 »	82
» 10 »	128
» 15 »	204
Взрослые 15—30 лет	мальчики 230, девочки 250
» 30—50 »	мужчины 270, женщины 270
» 50—70 »	» 285, » 275
Взрослые после 70 лет	» 310, » 285
	» 320, »

Отношение веса сердца к весу всего тела: у мужчин — 1 : 169;
у женщин — 1 : 162

Размеры сердца взрослых (в сантиметрах)

	Мужчины	Женщины
Длина (от основания аорты до вер- хушки)	8,5—9	8—8,5
Поперечник (на уровне основания желудочков)	9,2—10,5	8,5—9,2
Толщина (на уровне основания же- лудочков)	3,5—4,5	3,2—4
Окружность (на уровне основания желудочков)	25,8	

Толщина стенок желудочков (в сантиметрах)

Правого желудочка	0,2—0,3
Левого »	0,7—1,2
Перегородка между желудочками	1—1,2

Ширина клапанных отверстий раскрытых (в сантиметрах)

Аорты	7
Легочной артерии	8
Двустворчатого клапана	10
Трехстворчатого клапана	11,5

Ширина крупных сосудов раскрытых (в сантиметрах)

Легочной артерии	7,5—8
Восходящей аорты	7
Грудной аорты	4,5—6
Брюшной аорты	3,5—4,5

Толщина стенки аорты

У взрослого	1,5—2 мм
-----------------------	----------

Легкие

Возраст	Средний вес (в граммах) Оба легких вместе
Новорожденные	54
Дети 1 года	150
» 3 лет	260
» 5 »	290
» 10 »	300
» 15 »	690
Взрослые	360—570 325—480

Размеры легких (в сантиметрах)

Высота	26
Ширина	16—17
Толщина	9—10

Пищевод

Длина (от уровня кольцевидного хряща гортани до входа в желудок)	25 см
Расстояние от передних зубов до кольцевидного хряща	15 »
Ширина раскрытого пищевода	4—5 »
Толщина стенки	0,3—0,4 см

Желудок

Расстояние между входом и выходом	20 см
Средняя вместимость { у мужчин	2,5 л
у женщин	1,8 »

Кишечник

Длина двенадцатиперстной кишки	30 см
» тонкой кишки	5,5—6,5 м
» толстой кишки	1,5—1,7 м
» червеобразного отростка	4—8 см

Слюнные железы

Вес околоушной железы	25—32 г
» подчелюстной железы	8 »
» подъязычной железы	2—3 »

Печень

Возраст	Средний вес (в граммах)
Новорожденные	150
Дети 1 года	300
» 3 лет	460
» 5 »	560
» 10 »	830
» 15 »	1280
Взрослые	1600

Размеры печени взрослых (в сантиметрах)

Ширина (справа налево)	23—27
» правой доли	16—18
» левой доли	6—8
Длина (от заднего тупого до переднего острого края)	19—21
Длина правой доли	16—20
» левой доли	12—14
Толщина (от нижней до верхней поверхности)	6—8

Желчный пузырь

Длина	3—17 см
Поперечник (у дна)	3—3,5 »
Толщина стенок	1—2 мм

Поджелудочная железа (у взрослых)

Вес	80—100 г
Размеры	длина 23 см
	ширина 3,5 »
	толщина 2 »

Почки и мочевые пути

Возраст Средний вес обеих почек вместе без капсул (в граммах)

Новорожденные	24
Дети 1 года	65
» 3 лет	100
» 5 »	108
» 10 »	165
» 15 »	мальчики 220, девочки 240
Взрослые	мужчины 320, женщины 293

Примечание. Левая почка у взрослых весит на 5—7 г больше правой.

Размер почки взрослого (в сантиметрах)

Длина	11—12
Ширина	5—6
Толщина	3—4
Толщина коркового слоя	0,5—0,8

Мочеточники (в сантиметрах)

Длина	27—30
Окружность	1

Мочеиспускательный канал (в сантиметрах)

Длина у мужчин	15—17
» » женщин	3,5

Предстательная железа

Возраст	Вес (в граммах)
20—30 лет	15
31—40 »	16
41—50 »	17
51—60 »	18 (или 20 ¹)
61—70 »	16 (или 23 ¹)
71—80 »	15 (или 40 ¹)

1. Спуста 50—60 лет может наблюдаться или старческая атрофия предстательной железы, или ее патологическая гипертрофия.

Размеры предстательной железы (в сантиметрах)

Ширина (поперечный размер)	3,2—4,7	} 1
Толщина (сагиттальный размер)	1,4—2,3	
Длина (от верхушки до основания)	2,3—3,4	

Семенные пузырьки

Длина	4,1—4,5 см
Ширина	1,6—1,8 »
Толщина	0,9 »

Яички

Возраст	Вес обоих яичек вместе с придатками (в граммах)
Новорожденные	0,8
Мальчики 15 лет	24
Взрослые	36—50
После 60 лет	25—35

Размер яичка без придатка (в сантиметрах)

	Длина	Высота	Ширина
Новорожденные	1	0,5	0,3—0,4
Мальчики 16—17 лет	3	2	1,6
Взрослые	4—5	2,5—3,5	2—2,7

Примечание. У новорожденных размер придатка (2×1 см) преобладает над размером яичка; в позднейшем возрасте придаток все более отстает в росте от яичка.

Матка

	Вес	Длина тела и шейки	Размеры ширина (у дна)	толщина
У нерожавших	34—41 г	7,8—8,1 см	3,4—4,5 см	1,8—2,7 см
У рожавших	102—117 г	8,7—9,4 »	5,4—6,1 »	3,2—3,6 »

Размеры шейки матки (в сантиметрах)

	Длина	Ширина	Толщина
У нерожавших	2,9—3,4	2,5	1,6—2
У рожавших	2,5—3	3	2,5
У новорожденных девочек длина тела и шейки			2,5—3
Из них на шейку приходится			2

Длина полости матки

У нерожавших	5,2 см
У рожавших	5,7 »

Примечание. В климактерическом периоде длина на 0,4—0,5 см больше.

Толщина слизистой оболочки	в теле матки	0,5—1 мм
	в шейке	1 »
Толщина всей стенки	тела матки	1—1,5 см
	шейки	0,7—0,8 »

Примечание. У рожавших толщина стенки на 0,2—0,5 см больше.

Трубы

Длина каждой 11—14 см

Яичники

Возраст	Вес каждого в отдельности (в граммах)
У новорожденной	0,5—0,6
У девочки 10 лет	2—3
В период половой зрелости	4,5—5
У взрослой женщины	6—8
В климактерическом периоде	1,5—2,5

Размер яичников (в сантиметрах)

	Длина	Ширина	Толщина
У молодых женщин	4,1—5,2	2—2,9	1—1,1
У рожавших	2,7—4,1	1,4—1,6	0,7—0,9

При беременности

Вес и размер последа

Месяц беременности	Размер		
	вес (в граммах)	диаметр	толщина
III месяц	36	5—8 см	1 см
IV »	80	7,5—8,5 »	1—1,2 »
V »	178	11,8 »	1,2—1,8 »
X »	500	15—20 »	3 »
Длина пупочного канатика		50 см	
Количество околоплодной жидкости		500—700 мл	

Селезенка

Возраст		Средний вес (в граммах)
Новорожденные		11
Дети 1 года		20
» 3 лет		43
» 5 »		52
» 10 »		87
Взрослые	{ мальчики	120
		115
	{ мужчины	150
		180
	{ женщины	150
		180

Размер селезенки взрослых (в сантиметрах)

Длина	10—12
Ширина	7—8
Толщина	3—4

Шишковидная железа (взрослых)

Возраст	Вес (в граммах)
От 16 до 60 лет	0,18
» 60 » 80 »	0,13

Размеры шишковидной железы (в сантиметрах)

Длина	0,6—0,8
Ширина	0,5
Толщина	0,5

Придаток мозга (взрослых)

Вес	0,5—0,6 г
Размеры	{ длина 0,8 см
	{ ширина 1,2 »
	{ толщина 0,6 »

Щитовидная железа

Возраст	Вес всей желе- зы (в граммах)
Новорожденные	5
Дети 1 года	3
» 3 лет	8
» 5 »	8
» 10 »	17
» 15 »	23
Взрослые	25—30

Размер щитовидной железы взрослых (в сантиметрах)

Длина	каждой боковой доли	5—7
Ширина	» » »	3—4
Толщина	» » »	1,5—2

Околощитовидные железы (взрослых)

Вес каждой из них	0,2—0,5 г
Размеры каждой из них	длина 0,3—1,5 см
	толщина 0,2—0,4 »

Зобная железа

Возраст	Средний вес (в граммах)
Новорожденные	13
Дети 9 месяцев	20
» 1—5 лет	23
» 6—10 »	24
» 11—15 »	26
Взрослые 16—20 лет	20
» 21—25 »	18
» 26—35 »	16
» 36—45 »	14
» 46—55 »	11
» 56—65 »	10
» 66—75 »	6

Размеры зобной железы

Возраст	Длина	Ширина
От рождения до 9 месяцев	6 см	На середине 2,7—4,1 см
» 9 месяцев до 2 лет	7 »	По концам 0,6—0,9 »
» 3 до 14 лет	8,4 »	

Надпочечные железы

Возраст	Вес обоих над- почечников вместе (в граммах)
Новорожденные	6
Дети 1 года	2
» 3 лет	3
» 15 »	7
Взрослые	мальчики 5
	девочки 5
	8—12

Примечание. У женщин при беременности вес обоих надпочечников повышается до 17—19 г.

Размер каждого надпочечника взрослых (в сантиметрах)

Длина	4—5
Ширина	2,5—3,5
Толщина	0,5

ДЛИНА КОСТЕЙ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ РАЗЛИЧНОМУ РОСТУ (по Ролле)¹

Рост в см	Нижняя конечность в мм			Верхняя конечность в мм		
	femur	tibia	fibula	humerus	radius	ulna

У мужчин

152	415	334	329	298	223	233
154	421	338	333	302	226	237
156	426	343	338	307	228	240
158	431	348	343	311	231	244
160	437	352	348	315	234	248
162	442	357	352	319	236	252
164	448	361	357	324	239	255
166	453	366	362	328	242	259
168	458	369	366	331	244	261
170	462	373	369	335	246	264
172	467	376	373	338	249	266
174	472	380	377	342	251	269
176	477	383	380	345	253	271
178	481	386	384	348	255	273
180	486	390	388	352	258	276

У женщин

140	373	299	294	271	200	214
142	379	304	299	275	202	217
144	385	309	305	278	204	219
146	391	314	310	281	206	221
148	397	319	315	285	208	224
150	403	324	320	288	211	226
152	409	329	325	292	213	229
154	415	334	330	295	215	231
156	420	338	334	299	217	234
158	424	343	339	303	219	236
160	429	347	343	307	222	239
162	434	352	348	311	224	242
164	439	356	352	315	226	244
166	444	360	357	319	228	247
168	448	365	361	323	230	250
170	453	369	365	327	232	253
172	458	374	370	331	235	256

¹ Если доставленная для исследования кость не совпадает по своим размерам с величиной кости, указанной в таблице, то для вычисления роста следует пользоваться формулой $V = \frac{Z \cdot H}{B}$, где Z — длина кости, доставленной для исследования; B — длина кости, указанная в таблице, наиболее близкая по своим размерам к исследуемой кости; H — рост по таблице, которому соответствует эта кость.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОСТА ПО ДЛИННЫМ ТРУБЧАТЫМ КОСТЯМ (по Троттеру и Глезеру) ¹

Плече- вая кость в мм	Луче- вая кость в мм	Локте- вая кость в мм	Рост в см	Бедренная кость в мм	Большебер- цовая кость в мм	Малоберцо- вая кость в мм	Бедренная большебер- цовая кость в мм
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------	----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

Для мужчин

265	193	211	152	381	291	299	685
268	196	213	153	385	295	303	693
271	198	216	154	389	299	307	701
275	201	219	155	393	303	311	708
278	204	222	156	398	307	314	716
281	206	224	157	402	311	318	723
284	209	227	158	406	315	322	731
288	212	230	159	410	319	326	738
291	214	232	160	414	323	329	746
294	217	235	161	419	327	333	753
297	220	238	162	423	331	337	761
301	222	240	163	427	335	340	769
304	225	243	164	431	339	344	776
307	228	246	165	435	343	348	784
310	230	249	166	440	347	352	791
314	233	251	167	444	351	355	799
317	235	254	168	448	355	359	806
320	238	257	169	452	359	363	814
323	241	259	170	456	363	367	821
327	243	262	171	461	367	370	829
330	246	265	172	465	371	374	837
333	249	267	173	469	375	378	844
336	251	270	174	473	379	381	852
339	254	273	175	477	383	385	859
343	257	276	176	482	386	389	867
346	259	278	177	486	390	393	874
349	262	281	178	490	394	396	882
352	265	284	179	494	398	400	889
356	267	286	180	498	402	404	897
359	270	289	181	503	406	408	905
362	272	292	182	507	410	411	912
365	275	294	183	511	414	415	920
369	278	297	184	515	418	419	927
372	280	300	185	519	422	422	935
375	283	303	186	524	426	426	942
378	286	305	187	528	430	430	950
382	288	308	188	532	434	434	957

¹ Таблица Ролле, а также таблица Троттера и Глезера заимствованы из работы В. И. Пашковой «Определение роста по костному скелету» (сб. Советская криминалистика на службе следствия, Госюриздат, 1958). Текст примечаний к таблицам Ролле, Троттера и Глезера составлен на основании данных той же работы.

Продолжение

Плече- вая кость в мм	Луче- вая кость в мм	Локте- вая кость в мм	Рост в см	Бедренная кость в мм	Большебер- цовая кость в мм	Малоберцо- вая кость в мм	Бедренная и большебер- цовая кости в мм
385	291	311	189	536	438	437	965
388	294	313	190	540	442	441	973
391	296	316	191	545	446	445	980
395	299	319	192	549	450	449	988
398	302	321	193	553	454	452	995
401	304	324	194	557	458	456	1 003
404	307	327	195	561	462	460	1 010
408	309	330	196	566	466	463	1 018
411	312	332	197	570	470	467	1 026
414	315	335	198	574	474	471	1 033

Для женщин

244	179	193	140	348	271	274	624
247	182	195	141	352	274	278	632
250	184	197	142	356	277	281	639
253	186	200	143	360	281	285	646
256	188	202	144	364	284	288	653
259	190	204	145	368	288	291	660
262	192	207	146	372	291	295	668
265	194	209	147	376	295	298	675
268	196	211	148	380	298	302	682
271	198	214	149	384	302	305	689
274	201	216	150	388	305	309	696
277	203	218	151	392	309	312	704
280	205	221	152	396	312	315	711
283	207	223	153	400	315	319	718
286	209	225	154	404	319	322	725
289	211	228	155	409	322	326	732
292	213	230	156	413	326	329	740
295	215	232	157	417	329	332	747
298	217	235	158	421	333	336	754
301	220	237	159	425	336	340	761
304	222	239	160	429	340	343	768
307	224	242	161	433	343	346	776
310	226	244	162	437	346	349	783
313	228	246	163	441	350	353	790
316	230	249	164	445	353	356	797
319	232	251	165	449	357	360	804
322	234	253	166	453	360	363	812
324	236	256	167	457	364	366	819
327	239	258	168	461	367	370	826
330	241	261	169	465	371	373	833
333	243	263	170	469	374	377	840
336	245	265	171	473	377	380	847
339	247	268	172	477	381	384	855

Продолжение

Плече- вая кость в мм	Луче- вая кость в мм	Локте- вая кость в мм	Рост в см	Бедренная кость в мм	Большебер- цовая кость в мм	Малоберцо- вая кость в мм	Бедренная и большебер- цовая кости в мм
342	249	270	173	481	384	387	862
345	251	272	174	485	388	390	869
348	253	275	175	489	391	394	876
351	255	277	176	494	395	397	883
354	258	279	177	498	398	401	891
357	260	282	178	502	402	404	898
360	262	284	179	506	405	407	905
363	264	286	180	510	409	411	912
366	266	289	181	514	412	414	919
369	268	291	182	518	415	418	927
372	270	293	183	522	419	421	934
375	272	296	184	526	422	425	941

Примечания. 1. При проведении практических измерений костей следует иметь в виду, что таблицы Ролле составлены на основании измерений скелетов лиц, имевших преимущественно средний и низкий рост, а таблицы Троттера и Глезера — на основании измерения скелетов лиц, имевших высокий рост.

2. Точность определения роста по длинным трубчатым костям может колебаться в пределах 3—5 см.

ТАБЛИЦА СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ ПЛОДА (по Коккелю) ¹

<div> <div>Месяцы утробной жизни</div> <div>Показатели</div> </div>	Конец VII	VIII	IX	X
Длина в см ²	36—37	39—42	44—47	50—55,5
Вес в г	1 500—1 750	1 500—2 500	1 700 2 700	3 200 —
Окружность голо- вы в см	—	—	26—32	34,5
Длина головы в см	—	9,1—9,8	8,5—10	10,8—11,5
Поперечник голо- вы в см	—	6,5—7,1	7—8	8,5—9,2
Ширина плеч в см	—	8—9	8—11	12,5—13
Длина кости бед- ра в см	4,6	4,8—5	—	9,4
Длина пуповины в см	42—46	46—47	47—51	47—55,5
Вес плаценты в г	375—450	450—460	460—480	540

¹ М. Г. Сердюков. Судебная гинекология и судебное акушерство, 1957.

² Определение продолжительности утробной жизни плода производится следующим образом: если длина плода превышает 25 см, то для того, чтобы узнать его возраст, следует полученное при измерении длины плода число разделить на 5. Если длина плода меньше 25 см, то из найденного при измерении числа следует извлечь квадратный корень. Результат произведенных действий покажет возраст плода, выраженный в лунных месяцах.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О РАЗВИТИИ ПЛОДА ¹

Возраст	По Гекеру		По Тольдту	По Вейссу		Другие признаки
	рост в см	вес (в начале месяца) в г	точки окостенения	длина пуповины в см	вес плаценты и ее диаметр	
VI месяцев { 21 неделя 24 недели	28,0 34,8	676	Появляется в ружковке грудины	35,5	258 г 11,3—12,5 см	Голова непропорционально велика; кожа красноватая, морщинистая; на голове появляются волосы. Зрачковая перепонка хорошо видна. Пушковые волосы в обилии. Ногти различимы. Меконий в тонких кишках; у мальчиков яички в брюшной полости
VII месяцев { 25 недель 28 недель	35,0 39,0	1 170	В пяточной кости и надпяточной	37,8	309 г 13,8—14,6 см	Кожа все еще морщинистая и красноватая; длина волос на голове достигает нескольких миллиметров. Пушковых волос много. Зрачковая перепонка начинает исчезать. Ногти не достигают концов пальцев. Меконий в прямой кишке. Яички в паховом кольце. На коже сыровидная смазка

VIII месяцев	{ 29 недель 32 недели	39,7 42	1 571	Точка окостенения равняется в пя- точной кости 4,2—7,5 мм, в надпяточной — 2—5 мм	45,3	487 г 15,3—17,7 см	Развивается подкожножировая клетчатка; лицо полнее. Во- лосы на голове редки, дли- ной 5—7 мм. Ногти почти достигают конца пальцев. Зрачковая перепонка исчезла. Яички спускаются в мошон- ку
IX месяцев	{ 33 недели 36 недель	43 46	1 942	В пяточной — 7,5— 9,5 мм, в над- пяточной — 3,2—5,7, мм	52,9	536 г 16,4—19,5 см	Кожа приближается к тому же состоянию, как у зрелого пло- да; жировая клетчатка раз- вита достаточно. Волосы дли- ной 1—1,5 см. Пушковые во- лосы исчезают. Ногти плотны, достигают конца пальцев. Яички в мошонке
X месяцев	{ 37 недель 40 недель	47 49,6	2 323	В пяточной — 8— 10,5 мм, в над- пяточной — 6,5— 9 мм, в нижнем эпифизе бедра — до 5—7 мм.	56,6	594,7 г 16,5—19,5 см	

¹ М. И. Райский. Судебная медицина. М., 1953, стр. 412.

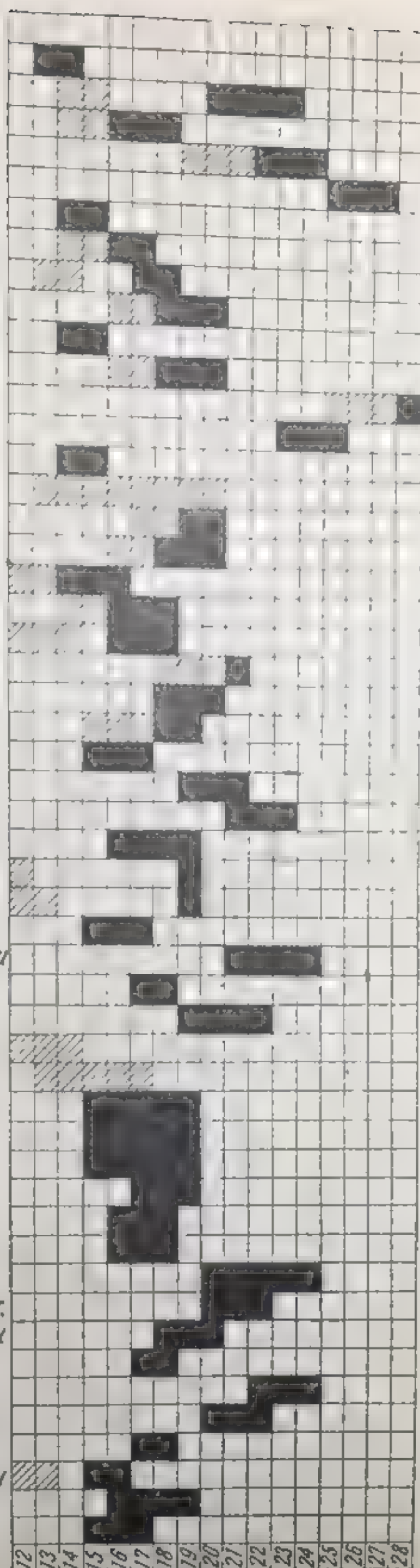
ТАБЛИЦА РОСТА (по Гофману)

Возраст	Число наблю- дений	Мальчики (рост в см)			Число наб- людений	Девочки (рост в см)		
		средний	макси- мальный	мини- мальный		средний	макси- мальный	минимал- ный
До 1 месяца	280	50,9	64	35	245	50,1	56,5	35
1-2 »	78	53,3	61	40	62	53,7	68,5	47
2-3 »	54	55,4	69	41	60	54,7	63	47
3-4 »	61	57,7	72	50	61	57,4	74	50
4-5 »	40	57,9	67	45	37	57,7	72	47
5-6 »	33	60,8	68	52	20	58,8	75	52
6-7 »	27	62	75	56,5	26	61,6	67	56
7-8 »	23	63,5	72	54	15	61,2	70	53
8-9 »	22	62,5	71	53	15	62,2	69	56
9-10 »	11	65,8	70	60	14	61,7	68	54
10-11 »	8	66,8	72	63	10	64,7	71	52
11-12 »	9	66,5	74	56,5	7	66,4	70	61
1-1 1/2 года	48	70,9	85	51	51	69,2	80	54
1 1/2-2 »	40	73,4	83	49	30	71,3	83	60
2-2 1/2 »	34	76,2	88	68	34	75,2	86	61
2 1/2-3 »	22	79,8	91	68	17	75,3	88	58
3-3 1/2 »	22	83	102	68	16	79,1	88	53
3 1/2-4 »	12	88,5	104	77	7	85,6	95	75
4-4 1/2 »	20	89,9	106	60	25	88,5	100	72
4 1/2-5 лет	3	97,3	99	94	3	96,6	98	96
5-5 1/2 »	12	100,4	111	93	9	97,1	108	92
5 1/2-6 »	3	104,3	108	100	8	93,3	106	84

ТАБЛИЦА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ (по Штефко)

Возраст в годах	Рост средний в мм		Окружность груди в мм		Средний вес в кг	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
6	1 050	1 072	579	581	—	—
7	1 111	1 116	594	579	20,8	20,8
8	1 171—1 209	1 152—1 203	615—619	590—591	22,7—24,1	22,0—22,9
9	1 192—1 251	1 188—1 237	620—637	605—610	23,9—25,3	23,3—24,8
10	1 253—1 309	1 234—1 307	651—655	629—633	26,3—28,2	26,0—27,9
11	1 320—1 351	1 306—1 358	661—676	649—657	29,1—30,8	29,6—30,1
12	1 350—1 410	1 365—1 418	679—688	678—680	31,6—33,0	32,3—34,7
13	1 423—1 452	1 434—1 472	700—714	715—715	35,2—36,3	37,3—39,0
14	1 478—1 509	1 480—1 525	724—741	730—746	31,5—41,1	42,0—43,8
15	1 518—1 572	1 512—1 560	767—769	750—767	42,9—45,4	46,6—48,0
16	1 565—1 617	1 537—1 596	787—795	778—794	48,5—49,5	50,9—51,9
17	1 607—1 626	1 534—1 586	806—825	781—807	—	—

- 1 Основной затылочный шов
 - 2 Апофизы тел позвонков
 - 3 Концы отростков позвонков
 - 4 Суставные эпифизы крестца
 - 5 Крестцовые позвонки
 - 6 Основное ядро клюв. отрост.
 - 7 Добавочное ядро клюв. отрост.
 - 8 Плечев. отросток лопатки
 - 9 Нижний угол лопатки
 - 10 Суставная впадина лопатки
 - 11 Внутренний край лопатки
 - 12 Добав. ядра рукоятки груд.
 - 13 Верхние отрезки тела груд.
 - 14 Нижние отрезки тела груд.
 - 15 Мечевидный отросток груд.
 - 16 Грудинный конец ключицы
 - 17 Эпифизы ребер
 - 18 Эпифизы вертлужной впадины
 - 19 Гребень подвздошной кости
 - 20 Передненижняя ость подвздошной кости
 - 21 Внутренний угол лобковой кости
 - 22 Седалищная ость
 - 23 Седалищный бугор
 - 24 Кости, образующие таз
 - 25 Головка плеча
 - 26 Большая бугристость плеча
 - 27 Нижний эпифиз плеча
 - 28 Внутренний мыщелок плеча
 - 29 Наружный мыщелок плеча
 - 30 Локтевой отросток
 - 31 Дистальный эпифиз локтевой кости
 - 32 Головка лучевой кости
 - 33 Дистальный эпифиз лучевой кости
 - 34 Гороховидная кость
 - 35 Сесамов. кость 1-го пьст. ф. с
 - 36 Основание 1-ой пьстной кости
 - 37 Головки пьстных костей
 - 38 Основания фаланг кисти
 - 39 Головка бедра
 - 40 Большой вертел бедра
 - 41 Малый вертел бедра
 - 42 Нижний эпифиз бедра
 - 43 Верхний эпифиз большеберцовой кост.
 - 44 Нижний эпифиз большеберцовой кости
 - 45 Бугристость большеберцовой кости
 - 46 Головка малоберцовой кости
 - 47 Дист. эпифиз малоберцовой кости
 - 48 Пяточный бугор
 - 49 Бугристость 5-й плюсневой кости
 - 50 Головки плюневых костей
 - 51 Основания фаланг стопы
- Количество лет



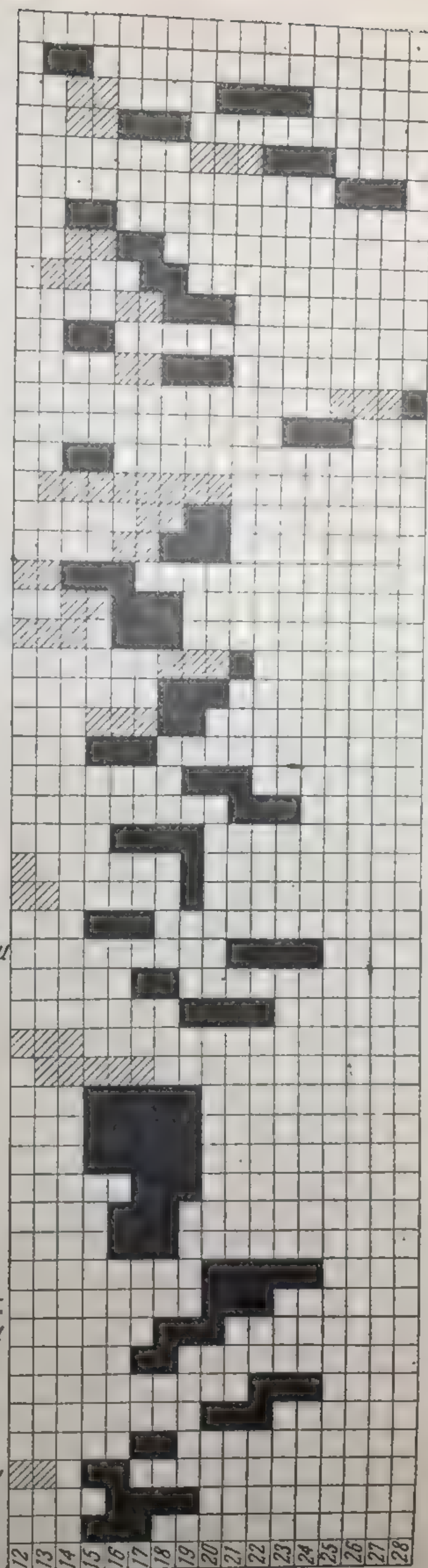
▨ Ядра окостенения

■ Синостозы

Рис. 5. Рентгенодиагностика возраста (период дифференцировки скелета).

1 — основной затылочный шов; 2 — апофизы тел позвонков; 3 — концы отростков позвонков; 4 — суставные эпифизы крестца; 5 — крестцовые позвонки; 6 — основное ядро клювовидного отростка; 7 — добавочное ядро клювовидного отростка; 8 — плечевой отросток лопатки; 9 — нижний угол лопатки; 10 — суставная впадина лопатки; 11 — внутренний край лопатки; 12 — добавочные ядра рукоятки грудины; 13 — верхние отрезки тела грудины; 14 — нижние отрезки тела грудины; 15 — мечевидный отросток грудины; 16 — грудинный конец ключицы; 17 — эпифизы ребер; 18 — эпифизы вертлужной впадины; 19 — гребень подвздошной кости; 20 — передненижняя ость подвздошной кости; 21 — внутренний угол лобковой кости; 22 — седалищная ость; 23 — седалищный бугор; 24 — кости, образующие таз; 25 — головка плеча; 26 — большая бугристость плеча; 27 — нижний эпифиз плеча; 28 — внутренний мыщелок плеча; 29 — наружный мыщелок плеча; 30 — локтевой отросток; 31 — дистальный эпифиз локтевой кости; 32 — головка лучевой кости; 33 — дистальный эпифиз лучевой кости; 34 — гороховидная кость; 35 — сесамовидная кость пястно-фалангового сочленения; 36 — основание 1-й пястной кости; 37 — головки пястных костей; 38 — основания фаланг кисти; 39 — головка бедра; 40 — большой вертел бедра; 41 — малый вертел бедра; 42 — нижний эпифиз бедра; 43 — верхний эпифиз большеберцовой кости; 44 — нижний эпифиз большеберцовой кости; 45 — бугристость большеберцовой кости; 46 — головка малоберцовой кости; 47 — дистальный эпифиз малоберцовой кости; 48 — пяточный бугор; 49 — бугристость 5-й плюсневой кости; 50 — головки плюсневых костей; 51 — основания фаланг стопы.

- 1 Основной затылочный шов
 - 2 Апофизы тел позвонков
 - 3 Концы отростков позвонков
 - 4 Суставные эпифизы крестца
 - 5 Крестцовые позвонки
 - 6 Основное ядро клюв. отрост.
 - 7 Добавочное ядро клюв. отрост.
 - 8 Плечев. отросток лопатки
 - 9 Нижний угол лопатки
 - 10 Суставная впадина лопатки
 - 11 Внутренний край лопатки
 - 12 Добав. ядра рукоятки груд.
 - 13 Верхние отрезки тела груд.
 - 14 Нижние отрезки тела груд.
 - 15 Мечевидный отросток груд.
 - 16 Грудинный конец ключицы
 - 17 Эпифизы ребер
 - 18 Эпифизы вертлужной впадины
 - 19 Гребень подвздошной кости
 - 20 Передненижняя ость подвздошной кости
 - 21 Внутренний угол лобковой кости
 - 22 Седалищная ость
 - 23 Седалищный бугор
 - 24 Кости, образующие таз
 - 25 Головка плеча
 - 26 Большая бугристость плеча
 - 27 Нижний эпифиз плеча
 - 28 Внутренний мыщелок плеча
 - 29 Наружный мыщелок плеча
 - 30 Локтевой отросток
 - 31 Дистальный эпифиз локтевой кости
 - 32 Головка лучевой кости
 - 33 Дистальный эпифиз лучевой кости
 - 34 Гороховидная кость
 - 35 Сесамов. кость 1-го пьст. ф. с.
 - 36 Основание 1-ой пьстной кости
 - 37 Головки пьстных костей
 - 38 Основания фаланг кисти
 - 39 Головка бедра
 - 40 Большой вертел бедра
 - 41 Малый вертел бедра
 - 42 Нижний эпифиз бедра
 - 43 Верхний эпифиз большеберцовой кост.
 - 44 Нижний эпифиз большеберцовой кости
 - 45 Бугристость большеберцовой кости
 - 46 Головка малоберцовой кости
 - 47 Дист. эпифиз малоберцовой кости
 - 48 Пяточный бугор
 - 49 Бугристость 5-й плюсневой кости
 - 50 Головки плюсневых костей
 - 51 Основания фаланг стопы
- Количество лет



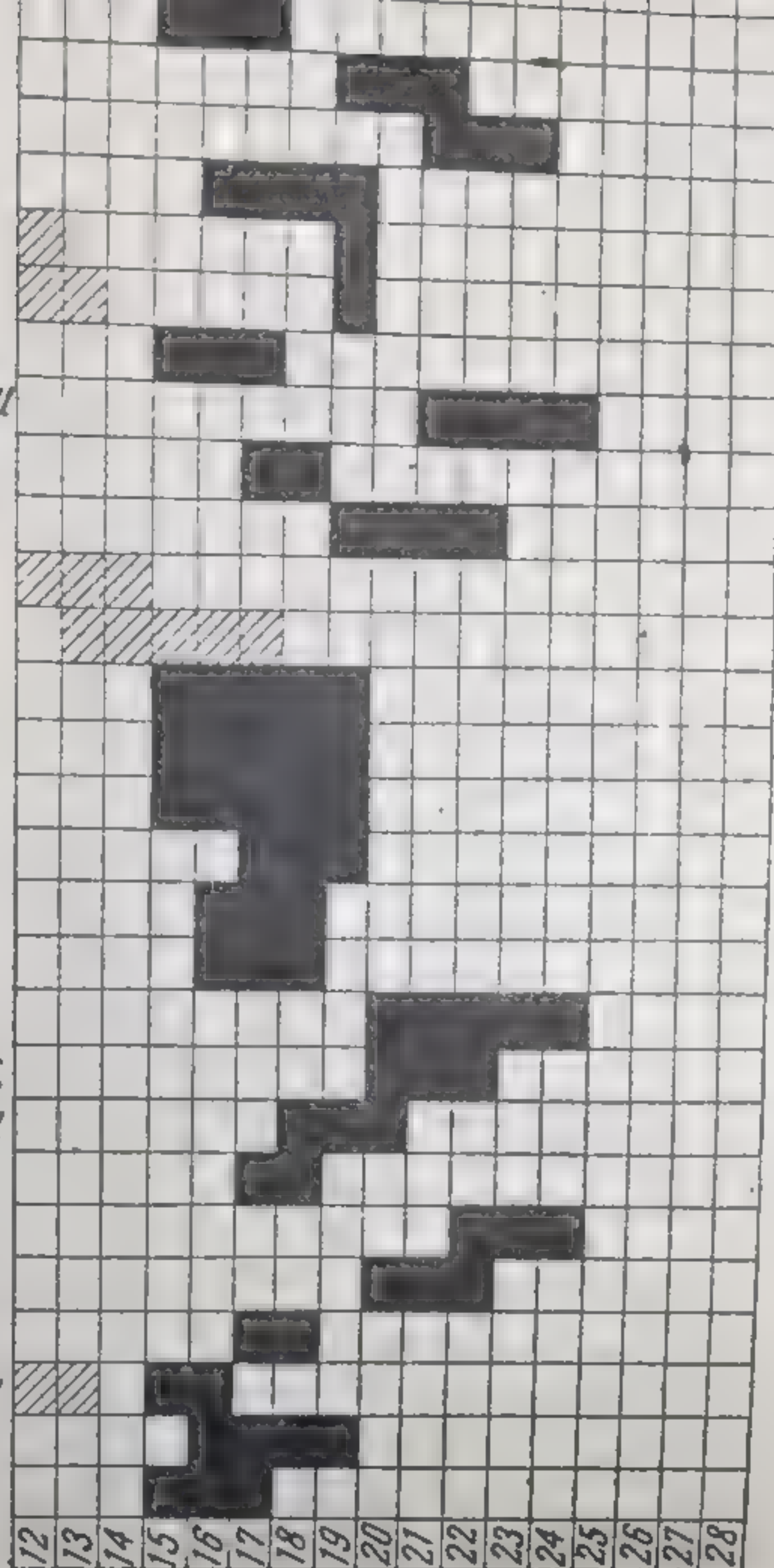
Ядра окостенения

Синостозы

Рис. 5. Рентгенодиагностика возраста (период дифференцировки скелета).

1 — основной затылочный шов; 2 — апофизы тел позвонков; 3 — концы отростков позвонков; 4 — суставные эпифизы крестца; 5 — крестцовые позвонки

- 24 Кости, образующие таз
 - 25 Головка плеча
 - 26 Большая бугристость плеча
 - 27 Нижний эпифиз плеча
 - 28 Внутренний мыщелок плеча
 - 29 Наружный мыщелок плеча
 - 30 Локтевой отросток
 - 31 Дистальный эпифиз локтевой кости
 - 32 Головка лучевой кости
 - 33 Дистальный эпифиз лучевой кости
 - 34 Гороховидная кость
 - 35 Сесамов. кость 1-го пьст. ф. с.
 - 36 Основание 1-ой пьстной кости
 - 37 Головки пьстных костей
 - 38 Основания фаланг кисти
 - 39 Головка бедра
 - 40 Большой вертел бедра
 - 41 Малый вертел бедра
 - 42 Нижний эпифиз бедра
 - 43 Верхний эпифиз большеберцовой кост.
 - 44 Нижний эпифиз большеберцовой кости
 - 45 Бугристость большеберцовой кости
 - 46 Головка малоберцовой кости
 - 47 Дист. эпифиз малоберцовой кости
 - 48 Пяточный бугор
 - 49 Бугристость 5-й плюсневой кости
 - 50 Головки плюсневых костей
 - 51 Основания фаланг стопы
- Количество лет



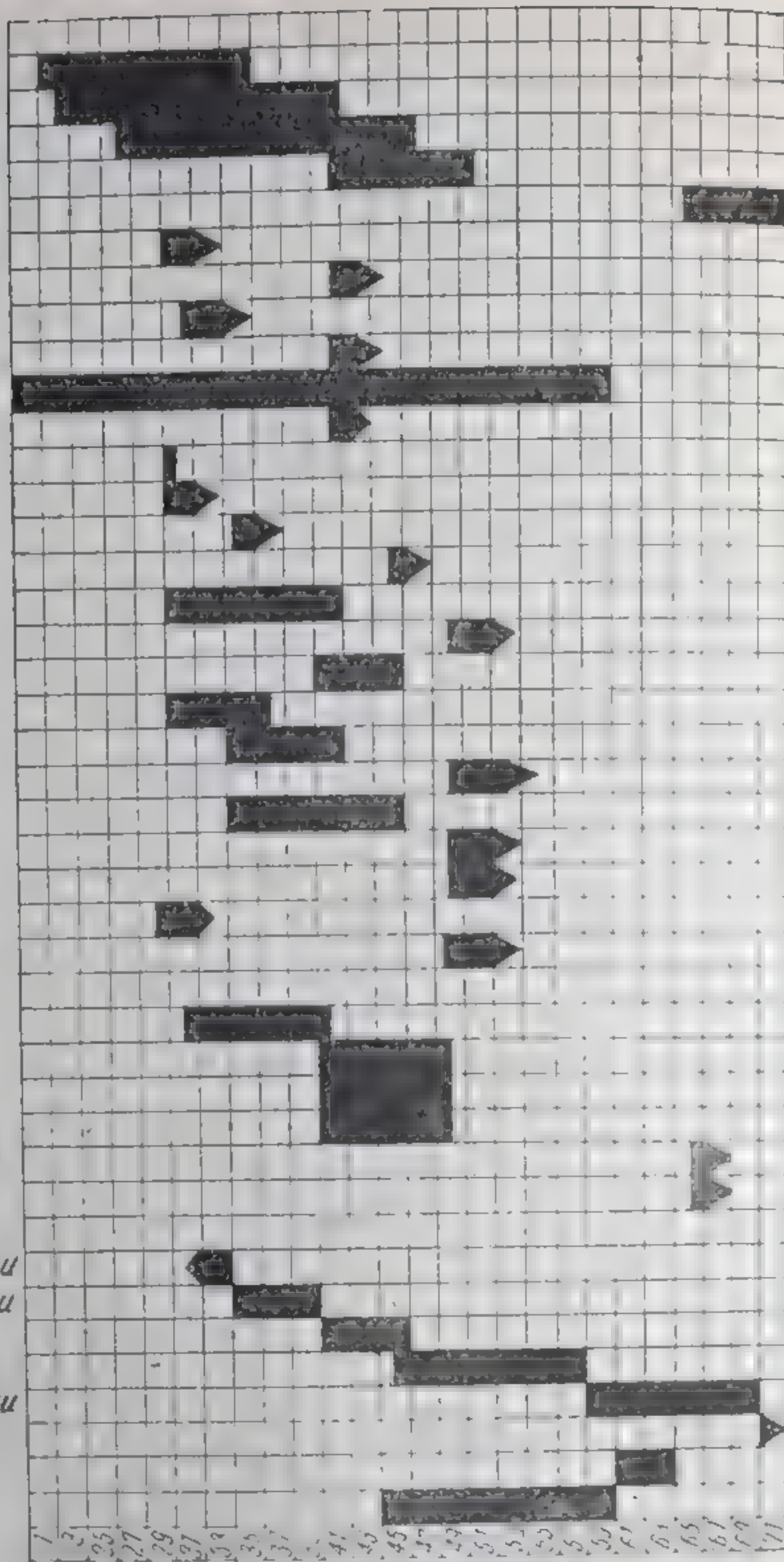
▨ Ядра окостенения

■ Синостозы

Рис. 5. Рентгенодиагностика возраста (период дифференцировки скелета).

1 — основной затылочный шов; 2 — апофизы тел позвонков; 3 — концы отростков позвонков; 4 — суставные эпифизы крестца; 5 — крестцовые позвонки; 6 — основное ядро клювовидного отростка; 7 — добавочное ядро клювовидного отростка; 8 — плечевой отросток лопатки; 9 — нижний угол лопатки; 10 — суставная впадина лопатки; 11 — внутренний край лопатки; 12 — добавочные ядра рукоятки грудины; 13 — верхние отрезки тела грудины; 14 — нижние отрезки тела грудины; 15 — мечевидный отросток грудины; 16 — грудинный конец ключицы; 17 — эпифизы ребер; 18 — эпифизы вертлужной впадины; 19 — гребень подвздошной кости; 20 — передненижняя ость подвздошной кости; 21 — внутренний угол лобковой кости; 22 — седалищная ость; 23 — седалищный бугор; 24 — кости, образующие таз; 25 — головка плеча; 26 — большая бугристость плеча; 27 — нижний эпифиз плеча; 28 — внутренний мыщелок плеча; 29 — наружный мыщелок плеча; 30 — локтевой отросток; 31 — дистальный эпифиз локтевой кости; 32 — головка лучевой кости; 33 — дистальный эпифиз лучевой кости; 34 — гороховидная кость; 35 — сесамовидная кость пястно-фалангового сочленения; 36 — основание 1-й пьстной кости; 37 — головки пьстных костей; 38 — основание фаланг кисти; 39 — головка бедра; 40 — большой вертел бедра; 41 — малый вертел бедра; 42 — нижний эпифиз бедра; 43 — верхний эпифиз большеберцовой кости; 44 — нижний эпифиз большеберцовой кости; 45 — бугристость большеберцовой кости; 46 — головка малоберцовой кости; 47 — дистальный эпифиз малоберцовой кости; 48 — пяточный бугор; 49 — бугристость 5-й плюсневой кости; 50 — головки плюсневых костей; 51 — основания фаланг стопы.

- 1 Зараствание стрел. шва
 - 2 Зараствание чешуйчат. шва
 - 3 Зараствание ламбдовидного шва
 - 4 Прирастание б. рожков } подъязычн
 - 5 Прирастание м. рожков } кости
 - 6 Обызвествл. щит. хряща
 - 7 Обызвествл. черпаловидного
 - 8 Обызвествл. перстневидного
 - 9 Обызвествл. колец трахеи
 - 10 Обызвествл. ребер
 - 11 Прирастание меч. отр.
 - 12 Сращение верхн. копч. позв.
 - 13 Заострение ульн. края фаланг
 - 14 Заострение рад. края фаланг
 - 15 Остеопороз дист. конца фаланг
 - 16 Узлы Абдергейна
 - 17 Узлы Бушара
 - 18 Симптомы перекрывания
 - 19 Перекрыв. края тела лоп.
 - 20 Перекрыв. края тела ключицы
 - 21 Перекрыв. лонного сочл.
 - 22 Бляшки нижней пов. акромиона
 - 23 Появление гребней крыла лоп
 - 24 Появление треугольника основ. лоп.
 - 25 Появление бугрист. краев грудины
 - 26 Рарификация тел позвонков
 - 27 Ослабление радиар. структ. эпиф
 - 28 Долевая структ. балок
 - 29 Нарушение долевой структ.
 - 30 Неправ. структ. кости
 - 31 Отсутствие структуры кости б. эпиф.
 - 32 Сильное разрежение эпиф.
 - 33 Истончение компактного слоя
 - 34 Заострение краев надколен.
 - 35 Канал плеча значит. ниже хир. шейки
 - 36 Канал плеча на 1 палец ниже хир. шейки
 - 37 Канал плеча под хир. шейки
 - 38 Канал плеча на уровне хир. шейки
 - 39 Канал плеча на уровне анатом. шейки
 - 40 Канал в эпифизе плеч. кости
 - 41 Треуг. просветл. шейки бедра
 - 42 Сужение суставных щелей
- Признак коллич лет



■ Начало процесса ■ Период процесса - - - Завершение процесса

Рис. 6. Рентгенодиагностика возраста (инволюционные изменения).

1 — зараствание стреловидного шва; 2 — зараствание чешуйчатого шва; 3 — зараствание ламбдовидного шва; 4 — прирастание больших рожков подъязычной кости; 5 — прирастание малых рожков подъязычной кости; 6 — обызвествление щитовидного хряща; 7 — обызвествление черпаловидного хряща; 8 — обызвествление перстневидного хряща; 9 — обызвествление колец трахеи; 10 — обызвествление ребер; 11 — прирастание мечевидного отростка; 12 — сращение верхнего копчикового позвонка; 13 — заострение ульнарного края фаланг; 14 — заострение радиального края фаланг; 15 — остеопороз дистального конца фаланг; 16 — узлы Абдергейна; 17 — узлы Бушара; 18 — симптом перекрывания суставных поверхностей; 19 — перекрывание суставной поверхности края тела лопатки в крупных суставах; 20 — перекрывание края внутреннего конца ключицы; 21 — перекрывание края суставной поверхности лонного сочленения; 22 — «бляшки» на нижней поверхности акромиона; 23 — появление гребневидных шероховатостей на передней поверхности крыла лопатки; 24 — появление треугольной формы «контура» на основании лопатки; 25 — появление бугристости по краям грудины; 26 — рарификация тел позвонков; 27 — ослабление радиарной структуры костных балок эпифиза; 28 — образование долевой структуры балок в эпифизах трубчатых костей; 29 — нарушение долевой структуры в эпифизах трубчатых костей; 30 — неправильная структура костных балок в эпифизах трубчатых костей; 31 — отсутствие костного вещества (пустота) в эпифизах трубчатых костей; 32 — сильное разрежение эпифизарного костного вещества; 33 — истончение компактного слоя костного вещества; 34 — заострение краев надколенника; 35 — канал плеча значительно ниже хирургической шейки; 36 — канал плеча на один палец ниже хирургической шейки; 37 — канал плеча под хирургической шейкой; 38 — канал плеча на уровне хирургической шейки; 39 — канал плеча на уровне анатомической шейки; 40 — канал плеча в эпифизе; 41 — треугольное просветление шейки бедра (при рентгенографии); 42 — сужение суставных щелей в суставах нижних конечностей

Возраст в годах	Длина ловища см
10—12	47—52
12—14	52—56
14—16	56,5—58
16—18	58—60

Основы

Во

Рентгено
зволяют най
применим пр
пов. Данные
костного ске

ИЗМ

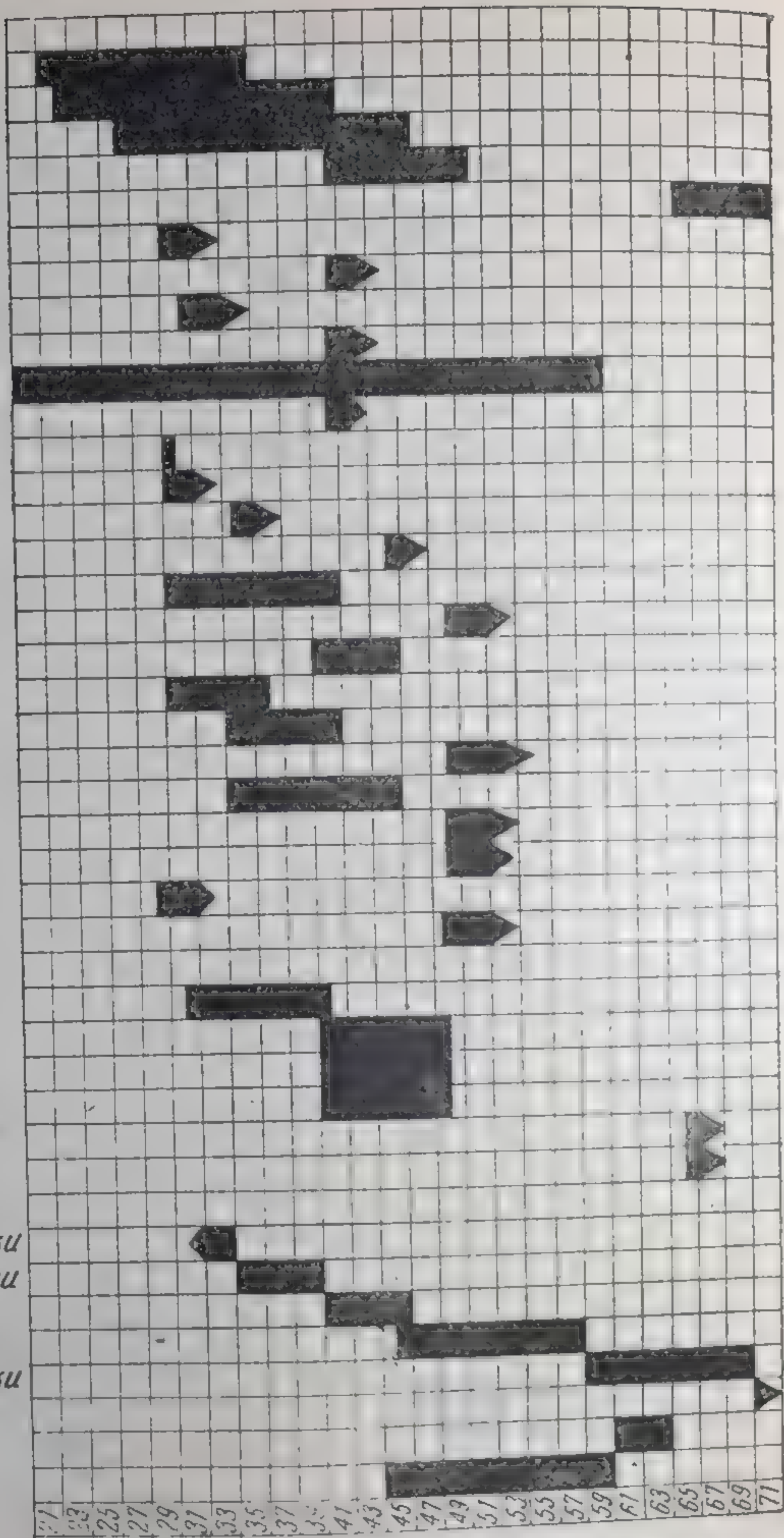
В

Пушок: на лоб
Начало оволосе
мышечной вп
Среднее оволосе
мышечных вп
Начало поседен
Рост волос в с
Старческое пос

Оснажение дент
То же на вер
То же, дентин
То же, дентин к
бурый
Стертость резцо

Сроки появля

- 1 Заращение стрел. шва
 - 2 Заращение чешуйчат. шва
 - 3 Заращение ламбдовидного шва
 - 4 Прирастание б. рожков
 - 5 Прирастание м. рожков
 - 6 Обызвествл. щит. хряща
 - 7 Обызвествл. черпаловидного
 - 8 Обызвествл. перстневидного
 - 9 Обызвествл. колец трахеи
 - 10 Обызвествл. ребер
 - 11 Прирастание меч. отр.
 - 12 Сращение верхн. копч. позв.
 - 13 Заострение ульн. края фаланг
 - 14 Заострение рад. края фаланг
 - 15 Остеопороз дист. конца фаланг
 - 16 Узлы Абдергейна
 - 17 Узлы Бушара
 - 18 Симптомы перекрывания
 - 19 Перекрыв. края тела лоп.
 - 20 Перекрыв. края тела ключицы
 - 21 Перекрыв. лонного сочл.
 - 22 Бляшки нижней пов. акромиона
 - 23 Появление гребней крыла лоп.
 - 24 Появление треугольника основ. лоп.
 - 25 Появление бугрист. краев грудины
 - 26 Рарификация тел позвонков
 - 27 Ослабление радиар. структ. эпиф.
 - 28 Долевая структ. балок
 - 29 Нарушение долевой структ.
 - 30 Неправ. структ. кости
 - 31 Отсутствие структуры кости б. эпиф.
 - 32 Сильное разрежение эпиф.
 - 33 Истончение компактного слоя
 - 34 Заострение краев надколен.
 - 35 Канал плеча значит. ниже хир. шейки
 - 36 Канал плеча на 1 палец ниже хир. шейки
 - 37 Канал плеча под хир. шейки
 - 38 Канал плеча на уровне хир. шейки
 - 39 Канал плеча на уровне анатом. шейки
 - 40 Канал в эпифизе плеч. кости
 - 41 Треуг. просветл. шейки бедра
 - 42 Сужение суставных щелей
- Признак кол-ва лет

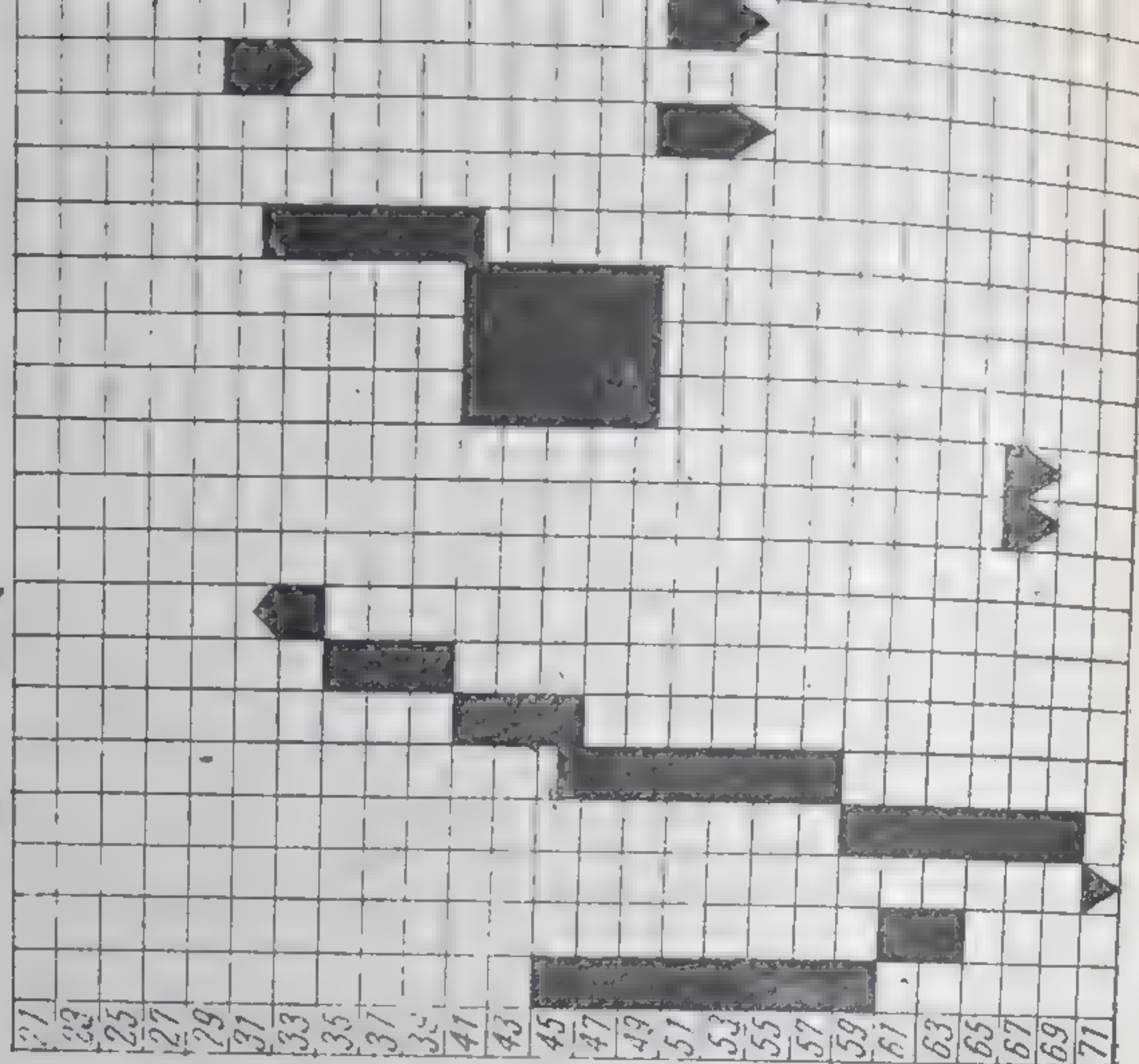


■ Начало процесса ■ Период процесса ▲ Завершение процесса

Рис. 6. Рентгенодиагностика возраста (инволюционные изменения).

1 — заращение стреловидного шва; 2 — заращение чешуйчатого шва; 3 — заращение ламбдовидного шва; 4 — прирастание больших рожков подъязычной кости; 5 — прирастание малых рожков подъязычной кости; 6 — обызвествление щитовидного хряща; 7 — обызвествление черпаловидного хряща; 8 — обызвествление перстневидного хряща; 9 — обызвествление колец трахеи; 10 — обызвествление ребер; 11 — прирастание мечевидного отростка грудины; 12 — сращение верхнего копчикового позвонка; 13 — заострение ульнарного края фаланг; 14 — заострение радиального края фаланг; 15 — остеопороз дистального конца фаланг; 16 — узлы Абдергейна; 17 — узлы Бушара; 18 — симптомы перекрывания; 19 — перекрывание края тела лопатки; 20 — перекрывание края тела ключицы; 21 — перекрывание лонного сочленения; 22 — бляшки нижней поверхности акромиона; 23 — появление гребней крыла лопатки; 24 — появление треугольника основания лопатки; 25 — появление бугристых краев грудины; 26 — рарификация тел позвонков; 27 — ослабление радиарной структуры эпифиза; 28 — долевая структура балок; 29 — нарушение долевой структуры; 30 — неправильная структура кости; 31 — отсутствие структуры кости большого эпифиза; 32 — сильное разрежение эпифиза; 33 — истончение компактного слоя; 34 — заострение краев надколенника; 35 — канал плеча значительно ниже хирургической шейки; 36 — канал плеча на 1 палец ниже хирургической шейки; 37 — канал плеча под хирургической шейки; 38 — канал плеча на уровне хирургической шейки; 39 — канал плеча на уровне анатомической шейки; 40 — канал в эпифизе плечевой кости; 41 — треугольный просвет шейки бедра; 42 — сужение суставных щелей.

- 24 Появление треугольника осн. лоп.
 25 Появление бугрист. краев грудины
 26 Рарификация тел позвонков
 27 Ослабление радиар. структ. эпиф.
 28 Долевая структ. балок
 29 Нарушение долевой структ.
 30 Неправ. структ. кости
 31 Отсутствие структуры кости в эпиф.
 32 Сильное разрежение эпиф.
 33 Истончение компактного слоя
 34 Заострение краев надколен.
 35 Канал плеча значит. ниже хир. шейки
 36 Канал плеча на 1 палец ниже хир. шейки
 37 Канал плеча под хир. шейки
 38 Канал плеча на уровне хир. шейки
 39 Канал плеча на уровне анатом. шейки
 40 Канал в эпифизе плеч. кости
 41 Треуг. просветл. шейки бедра
 42 Сужение суставных щелей
 Признак колич. лет



▶ Начало процесса — Период процесса ◀ Завершение процесса

Рис. 6. Рентгенодиагностика возраста (инволюционные изменения).

1 — зарастание стреловидного шва; 2 — зарастание чешуйчатого шва; 3 — зарастание ламбовидного шва; 4 — прирастание больших рожков подъязычной кости; 5 — прирастание малых рожков подъязычной кости; 6 — обызвествление щитовидного хряща; 7 — обызвествление черпаловидного хряща; 8 — обызвествление перстневидного хряща; 9 — обызвествление колец трахеи; 10 — обызвествление ребер; 11 — прирастание мечевидного отростка грудины; 12 — сращение верхнего копчикового позвонка; 13 — заострение ульнарного края фаланг; 14 — заострение радиального края фаланг; 15 — остеопороз дистального конца фаланг; 16 — узлы Абдергейна; 17 — узлы Бушара; 18 — симптом перекрывания суставных поверхностей; 19 — перекрывание суставной поверхности края тела лопатки в крупных суставах; 20 — перекрывание края внутреннего конца ключицы; 21 — перекрывание края суставной поверхности лонного сочленения; 22 — «бляшки» на нижней поверхности акромиона; 23 — появление гребневидных шероховатостей на передней поверхности крыла лопатки; 24 — появление треугольной формы «контура» на основании лопатки; 25 — появление бугристости по краям грудины; 26 — рарификация тел позвонков; 27 — ослабление радиарной структуры костных балок эпифиза; 28 — образование долевой структуры балок в эпифизах трубчатых костей; 29 — нарушение долевой структуры в эпифизах трубчатых костей; 30 — неправильная структура костных балок в эпифизах трубчатых костей; 31 — отсутствие костного вещества (пустота) в эпифизах трубчатых костей; 32 — сильное разрежение эпифизарного костного вещества; 33 — истончение компактного слоя костного вещества; 34 — заострение краев надколенника; 35 — канал плеча значительно ниже хирургической шейки; 36 — канал плеча на один палец ниже хирургической шейки; 37 — канал плеча под хирургической шейкой; 38 — канал плеча на уровне хирургической шейки; 39 — канал плеча на уровне анатомической шейки; 40 — канал плеча в эпифизе; 41 — треугольное просветление шейки бедра (при рентгенографии); 42 — сужение суставных щелей в суставах нижних конечностей

Некоторые антропометрические данные в зависимости от возраста¹

Возраст в годах	Длина ту- ловища в см	Окруж- ность груди в см	Окруж- ность голо- вы в см	Окруж- ность плеча в см	Окруж- ность бедра в см	Окруж- ность голе- ни в см
10—12	—	60—67	51—53	—	—	—
12—14	47—52	67—71	53—54	22,5—26	30—38	24—28
14—16	52—56,5	71—77	54—55	26—28	38—41,5	28—34
16—18	56,5—57,5	77—81,5	55—55,5	28—29,5	41,5—42	34—36,8

¹ Основы судебной медицины. Медгиз, М. — Л., 1938, стр. 517.

Возрастные рентгеновские изменения

Рентгенологически изменения костного скелета позволяют наиболее точно установить возраст. Этот метод применим при исследовании как живых лиц, так и трупов. Данные о возрастных рентгеновских изменениях костного скелета приводятся на рис. 5 и 6.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНЕГО ОБЛИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Волосы

Пушок на лобке	13—14 лет
Начало оволосения над лобком, пушок в под- мышечной впадине	14—16 »
Среднее оволосение в лобковой области, в под- мышечных впадинах, пушок на верхней губе	16—17 »
Начало поседеения	35 лет
Рост волос в слуховом проходе	45 »
Старческое поседеение (общая седина)	50 »

Стертость зубов

Обнажение дентина на нижних резцах	25—30 лет
То же на верхних резцах	30—35 »
То же, дентин желтый	35—40 »
То же, дентин коричневый, цвет зубов желтовато- бурий	45—50 »
Стертость резцов до половины	50—55 »

Сроки появления морщин представлены на рис. 7—8.

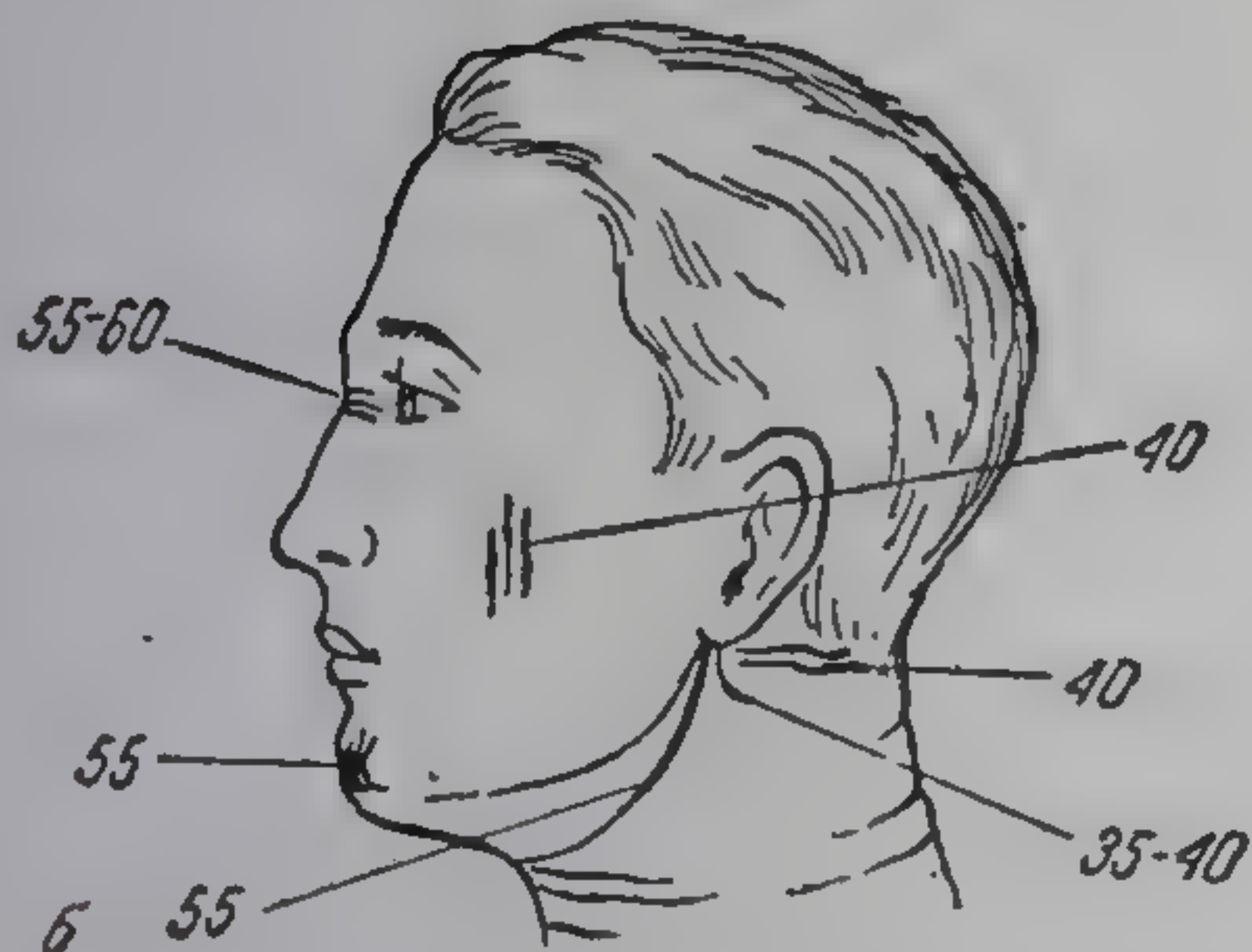
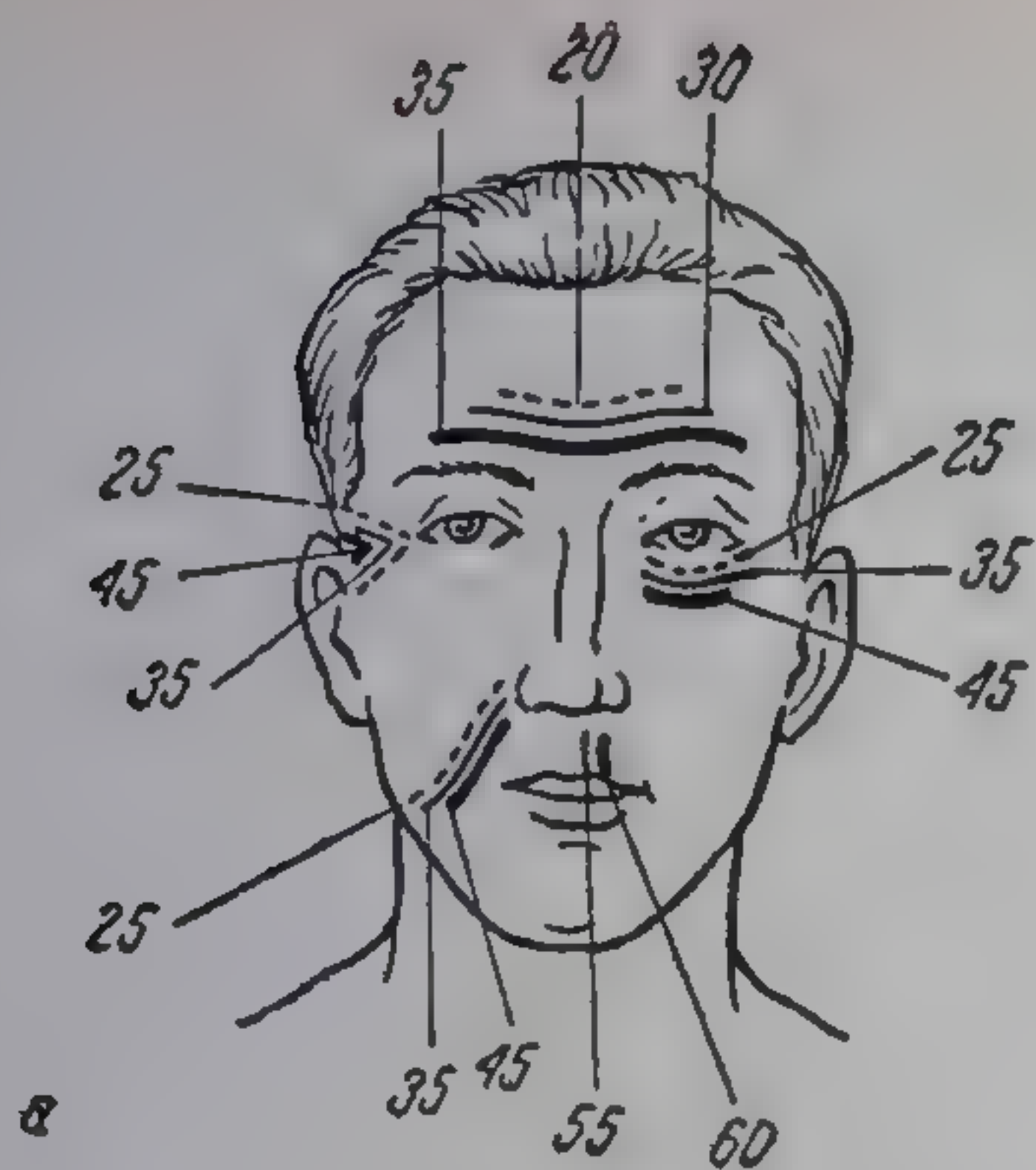


Рис. 7. Сроки появления морщин на лице и шее. Цифрами указаны годы жизни.

а — контуры лица спереди; б — контуры лица и шеи сбоку.
 — — — — — намечающиеся морщины;
 ~ заметные морщины;
 — резко выраженные морщины.

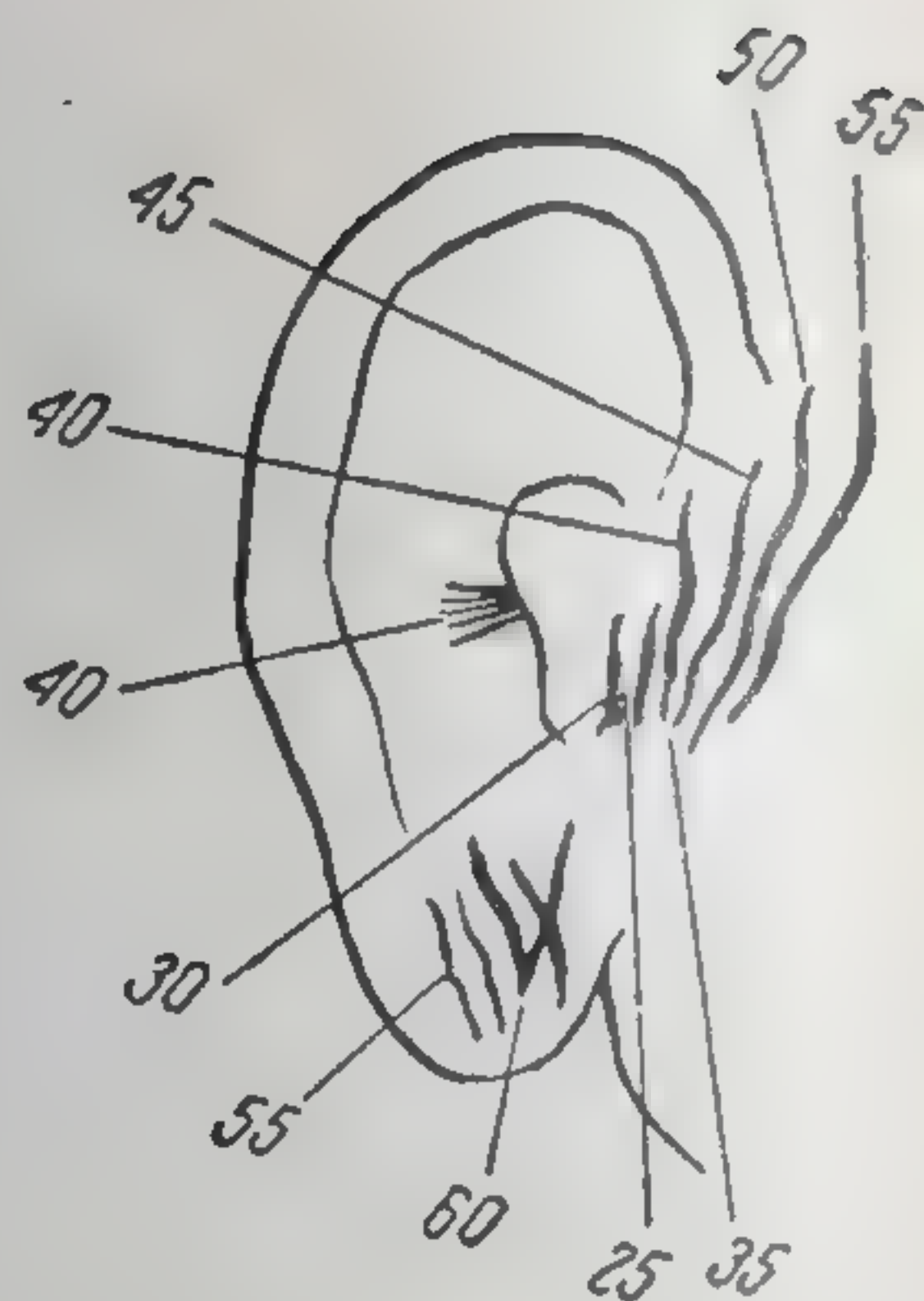


Рис. 8. Сроки появления предкозелковых морщин и морщин мочки уха (цифрами указаны годы жизни).

~ намечающиеся морщины;
 ~ выраженные морщины;
 > рост волос в слуховых проходах.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ФОРМУЛИРОВКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА

При освидетельствовании пострадавших эксперт прежде всего устанавливает, было ли полученное повреждение опасным для жизни. Такое повреждение определяется как тяжкое вне зависимости от его исхода.

Если эксперт устанавливает, что повреждение не было опасным для жизни, он переходит к оценке исхода повреждения. Если повреждение повлекло за собой постоянную потерю общей трудоспособности свыше 30%, эксперт определяет повреждение как тяжкое по признаку значительной потери трудоспособности. Если повреждение повлекло за собой постоянную потерю трудоспособности не свыше 30%, эксперт относит повреждение к легким, причинившим расстройство здоровья.

Кроме того, к легким телесным повреждениям, не опасным для жизни, но причинившим расстройство здоровья, следует отнести такие, которые ведут к длительному нарушению функции какого-нибудь органа или к каким-либо заболеваниям, длительным, но не опасным для жизни.

Примечание. Под словами «нарушение функции какого-либо органа» следует понимать ослабление функции органов, например зрения, слуха, речи, ноги или руки, но не полную потерю их.

К легким телесным повреждениям, не причинившим расстройства здоровья, следует отнести такие, которые повлекли за собой кратковременное ослабление функции какого-либо органа или какое-либо незначительное, скоропроходящее заболевание.

Следовательно, при оценке степени тяжести телесных повреждений эксперт исходит из двух признаков: опасности повреждения для жизни и исхода повреждения. Последнее может быть либо в виде постоянной потери трудоспособности, либо в виде временного заболевания или нарушения функции.

Если повреждение было опасным для жизни, то одного этого признака достаточно для того, чтобы отнести повреждение к тяжким. Исход такого повреждения и врачебное вмешательство не имеют значения и не влияют на оценку степени тяжести телесного повреждения даже в том случае, если после нанесения повреждения не было никаких грозных симптомов и потерпевший в течение короткого времени поправился.

При оценке степени тяжести таких повреждений, которые не были опасными для жизни, исход которых неясен и может определяться лишь после длительного лечения, возникают затруднения. В таких случаях эксперт в своем заключении обязан указать, что в настоящее

время установить степень тяжести телесного повреждения не представляется возможным, так как исход этого повреждения еще не определен. Задержка в тех случаях в оценке степени тяжести телесного повреждения закономерна и правомерна. До того, как исход повреждения четко определится, заключение не может быть дано, так как объективные данные для этого заключения отсутствуют. В отдельных, исключительных, случаях исход повреждения может быть установлен лишь через несколько недель и месяцев. При отсутствии четких данных об исходе заболевания его длительность не должна служить основанием для дачи заключения экспертом.

Заключение эксперта должно быть обязательно мотивированным и сформулировано в соответствии с текстом закона. Так, при определении тяжких телесных повреждений формулировки заключения должны носить следующий характер:

а) это повреждение — проникающее ранение живота — по своему характеру является опасным для жизни и на этом основании относится к разряду тяжких;

б) это повреждение, вызвавшее длительную потерю сознания, резкое падение кровяного давления вследствие обильного кровотечения, сопровождалось опасным для жизни состоянием, было опасным для жизни и по этому признаку относится к разряду тяжких;

в) это повреждение — потеря зрения на левый глаз — повлекло за собой стойкую значительную потерю общей трудоспособности в размере 35% и по этому признаку относится к разряду тяжких;

г) это повреждение — ожоги лица кислотой — вызвало потерю зрения и по этому признаку относится к тяжким. Способ совершения повреждения носит характер истязания.

При легких телесных повреждениях применяются следующие формулировки:

д) это повреждение повлекло за собой постоянную потерю трудоспособности в размере 15% и по этому признаку относится к разряду легких, причинивших расстройство здоровья;

е) это повреждение повлекло за собой длительное заболевание продолжительностью 32 дня и по этому признаку относится к разряду легких, причинивших расстройство здоровья;

ж) это повреждение повлекло за собой кратковременное заболевание в течение 5 дней и по этому признаку относится к разряду легких, не причинивших расстройство здоровья;

з) это повреждение не вызвало какого-либо заболевания или нарушения функции и поэтому оно относится к легким, не причинившим расстройство здоровья.

Примечания. 1. Не должны иметь места формулировки со ссылками на «длительность лечения», «больничный лист», так как «длительность лечения» и «больничный лист» не являются признаками телесного повреждения.

2. При оценке длительности заболевания эксперт должен критически отнестись к медицинским документам и убедиться в том, что длительность заболевания действительно обусловлена характером повреждения и объективными данными. Продолжительность заболевания в отдельных случаях может быть обусловлена особенностями профессии пострадавшего, например: порез пальца у хирурга, нагноение раны на руке у кондитера. Эксперт в таких случаях должен исходить из длительности заболевания у данного пострадавшего, а не его профессии, возраста и др.

Этими общими принципиальными положениями эксперт должен руководствоваться при определении степени тяжести телесного повреждения.

О МЕТОДИКЕ ЭКСПЕРТИЗЫ РУБЦОВ КОЖИ

Общие сведения. Экспертиза следов бывших повреждений (рубцов) представляет большие трудности и не всегда может разрешить все вопросы.

Экспертам приходится устанавливать прежде всего происхождение рубца. Формирование и вид кожного рубца зависят от величины и глубины бывшего повреждения, характера регенеративных процессов в период заживления повреждений и осложнений, методов лечения и общего состояния организма. Существенное значение имеют местные особенности анатомической области, где расположен рубец и его давность.

Нагноение обычно изменяет первоначальную форму раны и затрудняет, а иногда делает невозможным установление происхождения рубца.

По внешнему виду рубца нередко трудно вынести определенное суждение о его происхождении, поэтому необходимо, если это только возможно, изучить медицинские документы о характере бывшей травмы, ее локализации, методах лечения и сроках заживления.

Экспертиза рубцов включает в себя следующее: 1) ознакомление с медицинскими и другими документами и материалами, 2) собирание анамнеза, 3) освидетельствование живого лица (в том числе исследование рубцов).

Объяснения свидетельствуемого о происхождении повреждений дают возможность сопоставить объективные данные с анамнестическими сведениями.

Рубцы после огнестрельных повреждений разнообразны. Их внешний вид зависит от характера бывшего ранения, особенностей процесса заживления ран и проводившихся лечебных мероприятий.

Рубцы от огнестрельных ранений необходимо дифференцировать от рубцов после бывших фурункулов и других острых гнойных воспалительных процессов в коже, от следов колотых ран.

Фурункулы бывают множественными, их излюбленная локализация — задняя поверхность шеи, спина. После фурункулов остаются рубцы различной формы (чаще округлой), обычно небольшой величины, с фестончатыми краями, нередко с неровной, шероховатой поверхностью (за счет неравномерного заживления и избыточного образования рубцовой ткани). Можно обнаружить фурункулы в разной стадии развития и сформировавшиеся множественные рубцы от них.

Трудно решить вопрос о происхождении одиночного рубца, который мог остаться как от огнестрельного ранения, так и от бывшего фурункула. В таких случаях, помимо внешнего вида рубца, важное значение приобретают анамнестические данные о характере и течении бывшего ранения, которые иногда противоречат полученным объективным данным.

Рубцы после колотых ран также иногда трудно отличить от бывшего огнестрельного ранения. Исключить последнее иногда помогает форма рубца, например треугольная при ранении штыком, и данные анамнеза.

При подозрении на рубец от огнестрельного ранения (сквозного, слепого) необходимо рентгенологическое ис-

следование. Оно позволяет выявить инородные тела огнестрельного происхождения в тканях и органах и обнаружить изменения костей (например, следы старых переломов).

Вторым важнейшим вопросом при экспертизе рубцов является установление давности повреждения. Определить давность рубца можно только в периоде формирования рубцовой ткани в пределах 1 года и редко (при обширных рубцах) — до 2 лет.

Чем больше времени прошло с момента образования рубца, тем труднее определить его давность. Обычно заключение сводится к решению вопроса, может ли быть отнесено образование того или иного рубца к тому времени, на которое указывает свидетельствуемый.

Для определения давности рубца имеет значение цвет, плотность и характер рубцовой ткани. Известную роль играет наличие пигментации рубца и окружающих его тканей.

Рубцы после огнестрельных ранений, особенно у лиц с большим количеством пигмента в коже и волосах, долгое время сохраняют пигментацию. Такие рубцы внешне не изменяются в течение многих лет, и поэтому точно установить давность их возникновения не представляется возможным. Заключение о давности возникновения рубца нужно давать с большой осторожностью.

При экспертизе следов бывших огнестрельных ранений могут быть поставлены и другие вопросы: о характере бывшего ранения и его тяжести, о количестве ранений, одновременном или разновременном их получении, о возможности и после получения ранения активных действий, например самостоятельного передвижения и др.

При решении этих вопросов принимается во внимание локализация и взаимное расположение рубцов (особенно при сквозных ранениях), характер рубцов (их величина), спаянность с подлежащими тканями, наличие следов повреждений органов, функциональные расстройства, связанные с бывшими повреждениями и оставшимися рубцами и т. д.

Схема обследования. Прежде всего эксперт должен ознакомиться со всеми медицинскими документами и другими материалами, касающимися бывших повреждений. После этого эксперт выясняет у обследуемого лица обстоятельства, при которых было получено

повреждение, и его характер, а также способы лечения. Следует предоставить возможность самому свидетелю рассказать все, что он считает нужным о бывших у него повреждениях или заболеваниях, оставивших на теле рубцы. Затем дополнительными вопросами выясняются и уточняются обстоятельства, имеющие значение для экспертизы. Все данные заносятся в свидетельство. После этого переходят к освидетельствованию. Отмечают возраст, телосложение, состояние и цвет кожных покровов, имеющиеся в связи с рубцами функциональные нарушения. Производится осмотр покровов тела и выявляются все имеющиеся на теле рубцы. Сопоставление всех обнаруженных на теле рубцов иногда способствует установлению происхождения и того рубца, который должен быть подвергнут экспертной оценке.

Исследование рубцов кожи необходимо проводить при достаточном естественном (дневном) освещении, так как правильное определение цвета рубца и его оттенков имеет существенное значение в установлении его давности. Исследование рубцов производится путем осмотра, измерения их величины и ощупывания. При этом отмечают и вносятся в свидетельство следующие признаки: точная локализация рубца, форма, размеры (длина, ширина), цвет и оттенки, наличие или отсутствие пигментации рубца и окружающей кожи, плотность рубца, степень выпячивания его над уровнем окружающей кожи, состояние его краев, окружающих и подлежащих тканей, а также степень функциональных нарушений, связанных с существованием рубца в определенной области тела.

При исследовании рубцов нужно пользоваться лупой, так как это позволяет лучше выявить различные детали и особенности рубцовой ткани (например, посторонние включения — копоть выстрела и т. д.).

Для выяснения происхождения рубцов большое значение приобретает состояние подлежащих тканей (костей, сухожилий, мышц и т. д.). Путем ощупывания костей, где они покрыты сравнительно небольшим количеством мягких тканей (кисть, голень и др.), можно выявить различные их изменения, свидетельствующие о бывшей травме. Иногда удается прощупать инородные тела, находящиеся вблизи рубца. В зависимости от случая проводится рентгенологическое исследование.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ ДАННЫЕ О ВНЕШНИХ СВОЙСТВАХ РУБЦОВ КОЖИ РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТИ (по Серебренникову)¹

Свойства рубца Давность рубца	Цвет и его оттенки	Плотность	Другие признаки
До 1 месяца	Розоватый, позднее красноватый с синюшным оттенком	Мягкий	Плоский, нежный, покрыт корочками
От 1 до 2 месяцев	Красноватый с различными оттенками фиолетового (чаще темно-фиолетового)	Плотноватый	Выпуклый, часто малоподвижный
От 2 до 3 месяцев	Красноватый. Синюшность постепенно уменьшается.	Плотный на всем протяжении	Выпуклый, гипертрофического характера
От 3 до 6 месяцев	Синюшность исчезает. Начинает преобладать розовый цвет	Постепенно размягчается	Выпуклый иногда втянутый или на уровне окружающей кожи
От 6 месяцев до 1½ лет	Бледно-розовый. Появляется коричневая окраска различных оттенков. Позднее белесоватый, с отдельными участками коричневого цвета	Слегка плотноватый или мягкий. Плотность ткани рубца неодинакова	Поверхность неровная или гладкая, блестящая, расположена на уровне или ниже уровня кожи
Свыше 1½ лет	Чаще белесоватый (белый), реже коричневый	Мягкий. Плотноватые тяжилы или плотный на всем протяжении	Тонкие, атрофические, блестящие, иногда выпуклые

¹ При обычном формировании рубца.

ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ ОТРАВЛЕНИЙ НЕКОТОРЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ¹

Органы и системы	Симптомы	Яды, которые вызывают эти симптомы	Внезапные заболевания, сходные с отравлением
Центральная нервная система	Быстрая смерть (через несколько минут)	Синильная кислота. Цианистый калий. Карболовая кислота	Стенокардия. Кровоизлияние в мозг
	Кома — бессознательное состояние; пульс в большинстве случаев удовлетворительно-го наполнения	Алкоголь. Снотворные жирного ряда. Опиум. Морфин и его дериваты. Закись азота. Анилин. Керосин. Бензин. Пары аммиака. Мышьяковистый водород. Синильная кислота. Карболовая кислота. Антифриз. Антипятноль. Нитриты.	Уремическая кома, диабетическая кома, печеночная кома, анемическая кома, малярийная кома. Травма мозга. Мозговое кровоизлияние. Эпилепсия. Псевдоуремия. Хлорпривная азотемия. Истерия
	Коллапс — бессознательное состояние с упадком сердечной деятельности. Психическое возбуждение, острый бред. Маниакальное состояние	Снотворные жирного ряда. Хлороформ. Мышьяк. Анилин. Фосфор. Едкие щелочи и кислоты. Алкоголь (при хроническом алкоголизме), атропин, кокаин. Индийская конопля, веселящий газ, бензин, ацетилен, нитроглицерин, йодоформ. Отравление грибами. Тетраэтил свинец	Эпилепсия. Острое психотическое состояние. Органическое поражение центральной нервной системы. Менингит. Воспаление почек. Воспаление легких и др.
Периферическая нервная система	Судороги тонические и клонические. Параличи	Стрихнин. Спорынья. Кокаин. Сантонин. Пищевая интоксикация. Нитриты.	Уремия. Эпилепсия. Эклампсия. Тетанус. Заболевания центральной нервной си-

¹ О. И. Глазова. Отравления и первая помощь при них. Медгиз, 1952.

Органы и системы	Симптомы	Яды, которые вызывают эти симптомы	Внезапные заболевания, сходные с отравлением
Орган зрения	Расширение зрачков	Мышьяк. Спорынья. Антифриз. Антипятиль. Фтор. Щавелевая кислота Атропин, гиосциамин, скополамин. Кокаин. Аконитин. Хинин. Токсин ботулизма. Алкоголь при явлениях асфиксии, синильная кислота, цианистый калий.	стемы. Менингит. Истерия Заболевание центральной нервной системы. Атрофия зрительного нерва
	Сужение зрачков	Морфин. Опиум и другие его derivatives. Пилокарпин, физостигмин, никотин. Анилин. Алкоголь в начале отравления	Кровоизлияние в мозг. Опухоль мозга. Менингит
	Амавроз (слепота)	Метиловый алкоголь. Хинин. Белладонна. Папоротник. Мышьяк и его соединения	Заболевание мозговых оболочек. Атрофия зрительного нерва
	Параличи верхнего века и диплопия Ксантопсия (видение предметов в желтом цвете) Конъюнктивит	Токсин ботулизма Сантонин Пары едких кислот. Хлор. Бром. Йод. Аммиак	Заболевание центральной нервной системы Конъюнктивит
	Ухо	Глухота, шум в ушах	Поражение слухового аппарата, как центрального, так и периферического
Кожа	Влажная кожа	Морфин. Опиум и другие его derivatives	

Органы и системы	Симптомы	Яды, которые вызывают эти симптомы	Внезапные заболевания, сходные с отравлением
		риваты. Пилокарпин. Физостигмин. Лобелин. Передозировка инсулина	
	Сухая кожа и сухость слизистых оболочек	Атропин, скополамин. Токсин ботулизма	Расстройство сердечно-сосудистой или дыхательной системы. Заболевание продолговатого мозга
	Гиперемия кожи, лица и периферических частей	Амилнитрит. Нитроглицерин. Морфин. Веронал	
	Синюшный цвет кожи	Анилин. Антиферин. Нитробензол. Нитриты. Стрептоцид	
	Иктеричность склер и кожных покровов	Бертолетова соль. Мышьяковистый водород. Пирогаллол. Фосфор. Амилнитрит. Нитроглицерин. Азотнокислый натрий. Уксусная эссенция. Отравление грибами (строчки). Хлороформ. Четыреххлористый углерод	Болезни печени и желчных путей. Гемолитическая желтуха
	Желтая окраска	Акрихин. Азотная кислота. Сульфаниламидные препараты	
Язык и слизистая оболочка рта	Желто-красная окраска	Перекись марганца. Хромовокислые и двухромовокислые соли	
	Бурая окраска	Соли меди. Швейнфуртская зелень	
	Беловатая окраска	Едкие кислоты, щелочи. Формалин	

Органы и системы	Симптомы	Яды, которые вызывают эти симптомы	Внезапные заболевания, сходные с отравлением
Легкие и дыхательные пути	Специфический запах выдыхаемого воздуха	Алкоголь. Синильная кислота. Хлороформ. Эфир. Амилнитрит. Аммиак. Йод. Бром. Йодоформ. Бромформ. Антипятиль	Диабетическая кома (запах ацетона). Уремическая кома (запах мочи)
	Отек голосовой щели. Отек легких	Едкие кислоты и щелочи. После вдыхания паров едких кислот, брома, хлора, йода, аммиака, окислов азота, фосгена. При приеме морфина, пилокарпина, мускарина, физостигмина	Дифтерия (круп). Острая сердечная недостаточность
	Диспноэ	Стрихнин (в конвульсивной стадии), синильная кислота (цианиды), окись углерода. Нитриты	Заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Заболевание продолговатого мозга
	Слюнотечение	Пилокарпин. Мускарин. Никотин. Физостигмин. Ртуть (сулема). Едкие кислоты и щелочи	Пищевая токсикоинфекция. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Холестит. Аппендицит и заболевания органов брюшной полости
Желудочно-кишечный тракт	Рвота	Апоморфин. Алкоголь. Эмитин. Соли меди. Пищевая интоксикация. Нитриты	Уремия. Некоторые инфекционные заболевания. Токсикоз беременных. Опухоль мозга. Табаческие кризы

Продолжение

Органы и системы	Симптомы	Яды, которые вызывают эти симптомы	Внезапные заболевания, сходные с отравлением
Сосудистая система	Рвота и понос	Мышьяк. Сурьма. Сулема. Пилокарпин. Физостигмин. Кротонное масло. Соли меди и цинка в большом количестве. Фтор. Пищевая интоксикация. Хромовая кислота и ее соли	Тифозная токсикоинфекция
	Колики	Свинцовые соли. Баритовые соли. Едкие кислоты и щелочи. Сулема. Фосфор. Токсин ботулизма	Острое желудочно-кишечное расстройство. Печеночные, почечные, кишечные колики. Острое заболевание женских половых органов
	Острая желтая атрофия печени	Фосфор	Тромбоз брыжеечных сосудов. Острая желтая атрофия печени
	Замедленный пульс	Опий. Морфин. Наркотические средства жирного ряда. Антифриз	Кровоизлияние и опухоль мозга
Матка	Пульс замедленный вначале, затем учащенный и неправильный	Наперстянка. Горицвет (Adonis vernalis). Строфант. Морской лук. Пилокарпин. Никотин. Скополамин	
	Учащенный пульс	Белладонна. Белена. Атропин. Дурман. Скополамин	Пароксизмальная тахикардия
	Выкидыш и кровотечение	Спорынья. Фосфор. Пилокарпин. Физостигмин. Большие дозы хинина	

Продолжение

Органы и системы	Симптомы	Яды, которые вызывают эти симптомы	Внезапные заболевания, сходные с отравлением
Почки	Моча цвета красного вина Гематурия	на (?). Ртуть. Бензол. Марганцовокислый калий Сульфонал, трионал. Красный стрептоцид Едкие яды (кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов). Строчки (грибы)	Острые нефриты. Опухоли почек и мочевого пузыря. Туберкулез почек. Пароксизмальная гемоглобинурия. Малярия
	Гемоглобинурия	Бертолетова соль Мышьяковистый водород. Пирогаллол. Уксусная кислота и другие кровяные яды. Медный купорос. Строчки (грибы)	
	Анурия	Сулема. Щавелевая кислота. В тяжелых случаях уксусная кислота. Бертолетова соль. Пирогаллол. Кантаридин. Антифриз	Острое заболевание почек
	Странгурия (затрудненность мочеиспускания)	Пилокарпин. Анилин. Кантаридин. Щавелевая кислота	

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (по З. А. Игнатович)

Возбудитель Клинические симптомы	Салмонеллы	Палочки дизентерии Крузе-Зонне	Кишечные и паракишечные палочки	Протей	Стафилококки
Инкубация в часах	6—24	6—24	4—10	4—20	2—5
Температура	Высокая и повышенная	Высокая и повышенная	Повышенная и высокая	Повышенная и высокая	Повышенная и нормальная
Озноб	+	+	±	±	±
Головная боль	+++	+	±	±	+
Общая слабость, головокружение	++	+	+	+	++
Потеря сознания	±	±	±	±	±
Судороги	±	±	±	±	+
Упадок сердечной деятельности	±	±	±	±	++
Цианоз	±	±	—	—	±
Холодный пот	±	—	—	±	+
Потемнение в глазах	—	—	±	±	±
Боль в мышцах и суставах	+	±	—	—	0
Рвота	±	±	±	++	+++
Боли в подложечной области	±	±	±	±	+++
Боли в животе	++	+++ ¹	+++ ¹	+++ ¹	±
Энтерит	++ ²	++	+	++	—
Энтероколит	±	++	+	+	+
Кровь в стуле	±	++	±	+	±
Слизь	±	++	±	±	—
Длительность течения в днях	3—5	3—8	1—3	2—3	1—3

Условные обозначения:

+++ резко выраженные симптомы; ++ сильно выраженные симптомы; + умеренно выраженные симптомы; ± симптомы наблюдаются редко; ± симптомы наблюдаются очень редко; — наблюдений мало; 0 симптомы отсутствуют.

¹ Режущая боль.

² При некоторых вспышках явления гастроэнтерита выражены слабо.

ВЫСШИЕ И СМЕРТЕЛЬНЫЕ ДОЗЫ ЯДОВИТЫХ (А) И СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ (Б) ЛЕКАРСТВЕННЫХ И ДРУГИХ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ¹

Наименование	Список	Высшие дозы		Смертельная доза	Способ введения	Примечания
		разовая	суточная			
Адреналин соляно-кислый 1:1 000	Б	1 мл	—	0,01	Внутрь	
Азотная кислота		—	—	8,0		
Азотнокислое серебро	А	0,03	0,1	25,0—30,0 0,003—0,04		
Аконит	Б	8 кап-пель	20 кап-пель			
Аконита настойка						
Алкоголь этило-вый 95°				Более 100,0—150,0	Внутрь	Слепота может быть от 7,0 до 8,0 В виде Aqunaе Amicdala- rum Смер- тельная доза указана прибли- зительно
Алкоголь метило-вый				30,0—100,0		
Амигдалин	Б	0,02	0,06	50 мл		
Анилин				20,0		
Антифриз (этилен-гликоль)	А	0,005		100,0—150,0	Внутрь Под- кож- но	
Апоморфин						
Атропин	А	0,001	0,003	0,1		0,5—ток- сическая доза
Барбамил	Б	0,5	1,0	2,0—4,0		
Барий углекислый			0,2—0,5			

¹ Лекарственные дозы указаны по Государственной фармакопее СССР (8-е издание. Смертельные дозы заимствованы из справочника О. И. Глазовой «Отравления и первая помощь при них». Медгиз, 1952).

Продолжение

Наименование	Список	Высшие дозы		Смертельная доза	Способ введения	Примечания
		разовая	суточная			
Белладонны на- стойка	Б	20 ка- пель	60 ка- пель			
Белладонны эк- стракт	Б	0,05	0,15			
Бертолетова соль	А	—	—	10,0—15,0		
Вератрин	Б	0,75	1,5	1,0—2,0		
Веронал	Б	0,75	1,5	0,1 на 1 кг веса		
Героин	А	0,005	0,015			
Горький миндаль				60 штук		Или 50 мл лавро- вишне- вых ка- пель
Горькоминдаль- ная вода	В	30 ка- пель	60 ка- пель	50 мл		
Дигиталиса листья	Б	0,1	0,5	2,25—4,0		
Дикаин	Б	0,015	0,03		Под- кож- но	
Дихлорэтан (ан- типирноль)				100,0		
Йодная настойка 10%		8 ка- пель	15 ка- пель			
Йодная настойка 5%		15 ка- пель	50 ка- пель			
Какодилово-нат- риевая соль	А	0,06	0,2			
Каломель	Б	0,6	1,8			
Карболовая кис- лота кристалли- ческая	Б	0,1	0,3	10,0		
Кокаин солянокис- лый	А	0,03	0,03	1,0—1,5		Смер- тельная доза при подкож- ном вве- дении 0,2—0,3
Кофеин натрио- бензойная соль	Б	0,5	2,0			
Люминал	Б	0,3	0,6	0,1 на 1 кг веса		
Мединал	Б	1,0	2,0			

Продолжение

Наименование	Список	Высшие дозы		Смертельная доза	Способ введения	Примечания
		разовая	суточная			
Медный купорос	Б	0,5		10,0		Рвотное
Морфин	А	0,03	0,1	0,1—0,2		
Мышьяк белый (мышьяковистый ангидрид)	А	0,003	0,01	0,1—0,2		
Мышьяковистый водород				0,05 на 1 л воздуха		
Нашатырный спирт				30,0		
Никотин				0,05		
Нитрит натрия	Б	0,3	1,0	Свыше 0,5		Плотность по отношению к воздуху 0,0967
Оксид углерода				2 3 мг/л		
Омнопон (пантопон)	А	0,03	0,1			
Опия экстракт сухой	Б	0,05	0,3			
Пахикарпин йодгидрат	Б	0,2	0,6			
Пилокарпин	А	0,01	0,02		Под кожно	
Рвотный камень (сурьмяновиннокалиевая соль)	Б	0,1	0,3	0,5—1,0		
Ртуть двухлористая (сулема)	А	0,02	0,06	0,5	Внутрь	Токсическая доза 0,1—0,2
Ртуть цианистая	А	0,01	0,03		Под кожу	
Сантонин	Б	0,1	0,4	10,0		Предельная концентрация 0,01 мг/л В 1,18 раза тяжелее воздуха
Сероводород				1,2—1,8 мг на 1 л воздуха		

Наименование	Список	Высшие дозы		Смертельная доза	Способ введения	Примечания
		разовая	суточная			
Синильная кислота				0,2—0,5 мг на 1 л	Вдыхание	
Скополамин	А	0,0005	0,0015			
Стрихнин азотно-кислый	А	0,002	0,005	0,1—0,2	Подкожно	
Строфанта настойка	Б	10 капель	20 капель			
Тетраэтилсвинец (этиловая жидкость)				Доза не установлена		
Уксусная кислота				15,0		
Фтористый натрий				10,0		
Хинин				10,0—20,0		
Хлоралгидрат	Б	2,0	6,0	10,0		
Хлороформ	Б	0,5	1,0	50,0—70,0	Внутрь	
Цианистый калий				0,25		
Цикута (Вёх, Омег болотный)				Не установлена		

МАТЕРИАЛЫ К ЭКСПЕРТИЗЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ОПЬЯНЕНИЯ ОТ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ (по И. В. Скопину)

До 0,05—0,2‰	. . .	концентрация алкоголя находится в пределах физиологической нормы
От 0,2 до 0,5‰	. . .	свидетельствуемый практически трезв. Хотя в организме и находится незначительное количество спирта, но функции организма не нарушены
0,5—1‰	. . .	легкая степень опьянения
1—2,5‰	. . .	средняя степень опьянения
2,5—3‰	. . .	тяжелая степень опьянения
Свыше 3‰	. . .	тяжелое отравление, при котором становится возможным даже смертельный исход
Свыше 6‰	. . .	возможность смертельного исхода особенно возрастает

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АЛКОГОЛЯ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ОРГАНИЗМЕ¹

Определение алкоголя производится по формуле:

$$A = p \cdot r \cdot C_t,$$

где p — вес тела свидетельствуемого (покойного);
 r — фактор, обозначающий отношение между концентрацией алкоголя во всем организме и концентрацией его в крови. Этот фактор в среднем равен 0,7;

C_t — концентрация алкоголя в крови, установленная в момент исследования;

A — количество алкоголя в граммах, находящееся в организме.

Пример. В момент исследования в крови установлена концентрация алкоголя 1,85‰. Вес обследуемого лица 79 кг. Количество алкоголя, находящегося в организме, может быть вычислено следующим образом:

$$A = 79 \cdot 0,7 \cdot 1,85 = 102,3 \text{ г.}$$

96% спирта, что составляет около 126 мл 96% спирта или около 310 мл 40% алкоголя².

Количество алкоголя в крови с учетом времени, прошедшего с момента последнего приема, вычисляется по формуле:

$$A = p \cdot r(C_t + \beta T),$$

где p — вес тела свидетельствуемого;

¹ И. В. Скопина. Количественное определение алкоголя в диагностике опьянения. Медгиз, 1959.

² Единицей для количественного измерения алкоголя принят литр безводного спирта и степень разведения его выражается в объемных процентах.

Объемный процент равноценен градусу. Следует учесть, что определяемое по указанным выше формулам количество алкоголя выражается в весовых единицах (граммах) 96% алкоголя. В то же время крепость продажных спиртных напитков выражается в объемных единицах (в градусах). Для соответствующих перерасчетов следует пользоваться приведенными ниже таблицами.

- r — фактор, обозначающий отношение между концентрацией алкоголя во всем организме и концентрацией его в крови;
- C_t — концентрация алкоголя в крови, установленная в момент исследования;
- β — фактор окисления, т. е. показатель падения концентрации алкоголя за час. Этот фактор в среднем равен 0,15‰. Для мужчин колебание фактора β составляет $0,150 \pm 0,033$ ‰, для женщин — $0,156 \pm 0,22$ ‰. При некоторых состояниях фактор β может еще больше варьировать. У истощенных субъектов величина β может возрасти до 0,3‰. При выполнении лицом тяжелой физической работы фактор β иногда увеличивается до 0,4‰. Наблюдения И. В. Скопина и В. Н. Бурмашевой над лицами, систематически употребляющими большие количества спиртных напитков, показали, что иногда величина β в начале периода элиминации может возрасти до 1—2,5‰, возвращаясь в дальнейшем к обычным цифрам;
- T — время, прошедшее от принятия спиртных напитков до исследования.

Пример. Доставленный на освидетельствование употреблял спиртные напитки 8 часов назад. Вес его составляет 80 кг. Концентрация алкоголя в крови в момент исследования 1,5‰. Количество алкоголя, поступившего в кровь, может быть определено следующим образом:

$$A = 80 \cdot 0,7(1,5 + 0,15 \cdot 8) = 80 \cdot 0,7 \cdot 2,7 = 151,2 \text{ г.}$$

Таким образом, всего в кровь поступило около 150 г 96% спирта.

Следует подчеркнуть разницу между понятиями «всосавшийся» и «принятый» алкоголь. Между общим количеством принятых спиртных напитков и количеством поступившего в организм через кровь спирта всегда существует некоторая разница, которая возрастает при принятии больших количеств спиртных напитков и при обильной пище. Для того чтобы иметь представление об общем количестве выпитого алкоголя, полученную величину A следует увеличить на 15—30% (так называемый дефицит алкоголя).

**КОЛИЧЕСТВО МИЛЛИЛИТРОВ 96% СПИРТА, СОДЕРЖАЩЕГОСЯ В РАЗЛИЧНЫХ
ОБЪЕМАХ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ**

Наименование напитков	Кре- пость	Объем в миллилитрах									
		100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000
1. Водка	40°	40	80	120	160	200	240	280	320	360	400
2. Вина	11°	11	22	33	44	55	66	77	88	99	110
	13°	13	26	39	52	65	78	91	104	117	130
	15°	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150
	16°	16	32	48	64	80	96	112	128	144	160
	17°	17	34	51	68	85	102	119	136	153	170
	18°	18	36	54	72	90	108	126	144	162	180
	19°	19	38	57	76	95	114	133	152	171	190
	20°	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200
3. Коньяки:											
3 звездочки	40°	40	80	120	160	200	240	280	320	360	400
4 звездочки	41°	41	82	123	164	205	246	287	328	369	410
5 звездочек	42°	42	84	126	168	210	252	294	336	378	420
Юбилейный	43°	43	86	129	172	215	258	301	344	387	430
4. Различные сорта пива:											
Жигулевское	2,8°	2,8	5,6	8,4	11,2	14,0	16,8	19,6	22,4	25,2	28,0
Рижское	3,4°	3,4	6,8	10,2	13,6	17,0	20,4	23,8	27,2	30,6	34,0
Ленинградское	6,0°	6,0	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Ленинградское темное	5,0°	5,0	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Московское	3,5°	3,5	7,0	10,5	14,0	17,5	21,0	24,5	28,0	31,5	35
Украинское	3,2°	3,2	6,4	9,6	12,8	16,0	19,2	22,4	25,6	28,8	32,0
Мартовское	3,8°	3,8	7,6	11,4	15,2	19,0	22,8	26,6	30,4	34,2	38,0
Бархатное	2,5°	2,5	5,0	7,5	10,0	12,5	15,	17,5	20	22,5	25

**СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ВЕСОВЫМИ И ОБЪЕМНЫМИ
ЕДИНИЦАМИ 96% СПИРТА И ОБЪЕМНЫМИ ЕДИНИЦАМИ
40% ВОДКИ**

96% спирт в г	96% спирт в мл	40% водка в мл
1	1,22	3,02
2	2,46	6,19
3	3,69	9,12
4	4,92	12,27
5	6,14	15,07
6	7,39	18,37
7	8,62	21,31
8	9,84	24,32
9	11,07	27,24
10	12,18	31,44
20	24,62	60,86
30	36,94	91,33
40	49,25	124,40
50	61,57	158,83
60	73,9	194,6
70	86,2	215,736
80	98,52	243,54
90	110,83	283,97
100	123,14	304,40

**ВОЗМОЖНОСТЬ ОБНАРУЖЕНИЯ ПАРОВ АЛКОГОЛЯ
В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА
И КОЛИЧЕСТВА СПИРТНЫХ НАПИТКОВ**

Приложение к приказу Министерства здравоохранения СССР
от 5 января 1956 г. за № 3

Вид напитка	Количество в мл	Время, в течение которого пары алко- голя могут быть об- наружены в выдыхае- мом воздухе
Водка 40°	50	1—1½ часа
Водка 40°	100	3—3½ »
Водка 40°	200	6½—7 часов
Водка 40°	250	8—9 »
Водка 40°	500	15—18 »
Коньяк 4 звездочки	100	3½—4 часа
Шампанское	100	1 час
Смесь коньяка и шам- панского	{ 100 150	4—5 часов
Портвейн	200	3—3½ часа
Портвейн	300	3½—4 »
Портвейн	400	4½—5 часов

Продолжение

Вид напитка	Количество в мл	Время, в течение ко- торого пары алкоголя могут быть обнаруже- ны в выдыхаемом воздухе
Пиво:		
Жигулевское (2,8°)	500	Не определяется
Рижское (3,4°)	500	»
Ленинградское (6°)	500	20—45 минут
Портер (5°)	500	20—45 минут

ТАБЛИЦА РЕЗУЛЬТАТОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РЕАГЕНТ
ИНДИКАТОРНЫХ ТРУБОК МОХОВА И ШИНКАРЕНКО
ПАРОВ РАЗЛИЧНЫХ ВЕЩЕСТВ

Приложение к приказу Министерства здравоохранения
от 5 января 1956 г. за № 3

Наименование вещества	Окраска реагента после воздействия
Этиловый спирт	Зеленая
Метиловый спирт	Зеленая
Эфир	Зеленая
Ацетон	Зеленая
Альдегиды	Зеленая
Сероводород (большие концентрации)	Зеленая
Хлороформ	Оранжевая
Хлоралгидрат	Оранжевая
Четыреххлористый углерод	Коричневая
Бензин	Темно-коричневая
Бензол	Черная
Толуол	Черная
Керосин	Оранжевая
Фенол	Коричневая
Скипидар	Темно-коричневая
Аммиак	Оранжевая
Уксусная кислота	Коричневая
Щелочь	Оранжевая
Дихлорэтан	Коричневая
Этиленгликоль	Оранжевая
Окись углерода	Оранжевая
Валидол	Оранжевая
Ментол	Оранжевая
Камфара	Коричневая
Пиридин	Оранжевая
Пары воды	Оранжевая
Чистый вдыхаемый воздух	Оранжевая
Слюна	Оранжевая

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАБОРУ КРОВИ,
ДРУГИХ ЖИДКОСТЕЙ, ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ
ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

При заборе проб из трупа следует руководствоваться следующими правилами.

1. Кровь должна забираться из бедренной вены или из какого-либо другого крупного периферического сосуда, или из синуса твердой мозговой оболочки.

2. Кровь из полостей сердца и из сосудов грудной полости забираться для количественного исследования не должна. Не рекомендуется для этих целей производить забор крови, излившейся в брюшную полость.

П р и м е ч а н и е. В периферических сосудах часто бывает недостаточное количество крови для количественного и качественного исследования. Из периферического сосуда следует забрать кровь в первую очередь для количественного определения в отдельную склянку емкостью около 20 мл. Рекомендуются для этих целей склянки из под пенициллина и стрептомицина. В сосуд емкостью не менее 200 мл необходимо забрать кровь для качественного исследования. Для этих целей допустим забор из полостей сердца и из крупных сосудов грудной полости. В акте судебно-медицинского исследования трупа необходимо указать, откуда взята кровь для исследования.

3. Кроме крови, из трупа следует забирать мочу, спинномозговую жидкость из мозговых желудочков, мозговую ткань больших полушарий, кусочки мышцы бедра или голени. Каждый объект в отдельный сосуд. Сопоставление концентрации алкоголя в крови и в моче позволяет судить о времени приема алкоголя и в некоторых случаях и о количестве принятого алкоголя.

При взятии крови у живого лица необходимо соблюдать следующие основные правила.

1. Кровь забирают из мякоти пальца или из мочки уха путем прокола иглой Франка или скарификатором.

2. Кожу обрабатывают раствором сулемы 1:1000. Дезинфекция кожи спиртом, настойкой йода или бензином не допускается. При загрязнении рук можно рекомендовать предварительное мытье их с мылом с последующей обработкой сулемой, риванолом или иными индифферентными средствами.

3. Игла Франка или скарификатор перед пользованием ими должны быть прокипячены в воде или прокалены на пламени горелки.

4. Пробу крови помещают в небольшую пробирку емкостью около 1,5 мл. Пробирку заполняют доверху; в случае взятия 5—10 капель крови для уменьшения воздушного столба в пробирку можно помещать мелкую стеклянную дробь.

Некоторые общие и частные положения взятия проб крови из трупа и у живого лица.

1. Посуда, в которую будет помещаться кровь, должна быть абсолютно чистой, т. е. предварительно вымыта, обработана хромпик-серноокислотной смесью, несколько раз сполоснута дистиллированной водой и просушена (рекомендуется всегда иметь запас подготовленной посуды).

2. Во избежание бактериального загрязнения пробы крови, забираемой из трупа, нельзя пользоваться у секционного стола обычными ложками и черпаками. Следует пользоваться только специально выделенными для этих целей чистыми ложками, пипетками, шприцами.

3. Сосуды, в которых помещается кровь, должны быть снабжены хорошо подогнанными резиновыми или корковыми пробками, предварительно прокипяченными в течение 10 минут в воде с прибавлением щелочи и затем прокипяченными в дистиллированной воде. Желательно, чтобы пробка была обернута чистым станнолом.

4. Сосуд должен быть заполнен кровью доверху, с минимальным воздушным столбом. В случае забора кусочков мозга или мышц из трупа они должны быть мелко нарезаны и плотно уложены в склянке.

5. Кровь должна сохраняться от момента помещения ее в склянку до момента доставки в лабораторию при возможно низкой температуре, оптимально при температуре 4° .

6. Пробы крови должны быть доставлены в лабораторию для исследования не позднее одних суток.

7. При предстоящем заборе крови из трупа следует производить вскрытие трупа в наиболее ранние сроки, т. е. в первые часы после наступления смерти, особенно в летнее время, при высокой температуре окружающего воздуха, или же в первые 24 часа после наступления смерти при температуре воздуха от 10 до 20° .

8. Во избежание гемолиза крови или ее свертывания следует пользоваться стабилизатором — 4% раствором щавелевокислого натрия или 4% раствором лимоннокислого натрия.

С этой целью в чистый сосуд, предназначенный для помещения крови, наливается несколько капель раствора и стенки сосуда прополаскиваются. Сосуд опрокидывается вниз горлышком и просушивается при комнатной температуре или в сушильном шкафу. Оставшееся на стенках сосуда некоторое количество выкристаллизованного вещества достаточно для стабилизации помещенной туда крови.

По обычным правилам к склянкам с пробками наклеиваются соответствующие этикетки с обязательным указанием материала и откуда он взят (из вены, из полости сердца и др.).

В сопроводительном отношении (как и в самом акте исследования трупа), помимо обычных данных (фамилия, имя и отчество, дата направления), для судебного химика необходимо указывать следующие данные:

- а) дату и часы травмы (или заболевания);
- б) дату и часы наступления смерти;
- в) дату и часы вскрытия трупа (т. е. забора крови);
- г) состояние кровенаполнения органов и тканей (малокровие, полнокровие);
- д) вид смерти;
- е) температурные условия хранения трупа от момента наступления смерти до времени вскрытия (пример: труп хранился на месте происшествия 6 часов при температуре 18—19°, в морге 17 часов при температуре 4—5°;
- ж) степень выраженности трупных изменений.

Примечание. В случае пребывания перед смертью пострадавшего в хирургическом отделении следует указать о применении эфирного или хлороформного наркоза, о площади неповрежденной кожи, обработанной настойкой йода, площади поврежденной кожи и тканей, обработанных спиртом и настойкой йода. В случае скоропостижной смерти по имеющимся данным следует исключить диатетическую кому. Следует отметить применение камфарного масла, люминала и других препаратов.

В сопроводительном отношении должны быть указаны и другие сведения, имеющие интерес при исследовании крови и при оценке результатов, например при массивных повреждениях необходимо указать: «Кровь взята из синуса твердой мозговой оболочки», «При исследовании трупа обнаружено открытое повреждение черепа», «Труп обожжен, от тканей трупа и от сохранившейся одежды ощущался запах бензина».

В сопроводительном отношении по обычным правилам должны быть перечислены забранные пробы, номера склянок, с каким материалом и для какого исследования предназначается та или иная проба (например, склянка № 1 с кровью из полостей сердца для качественного исследования на алкоголь, склянка № 2 с кровью из бедренной вены для количественного исследования по методу Видмарка и т. д.).

КОМПЛЕКС ПРИЗНАКОВ СЛОВЕСНОГО ПОРТРЕТА

1. Рост: высокий (свыше 170 см), низкий (до 165 см), средний, очень высокий, очень низкий.

2. Фигура: толстая, полная, средняя, худощавая, тонкая.

3. Плечи: приподнятые, опущенные, горизонтальные.

4. Шея: короткая, длинная, заметен зоб, выступает кадык.

5. Цвет волос: светлые, русые, темно-русые, черные, рыжие, с проседью, седые.

6. Цвет глаз: голубые, серые, зеленоватые, карие, черные.

7. Лицо: круглое, овальное, прямоугольное, треугольное, пирамидальное, ромбовидное.

8. Лоб: высокий низкий, прямой, скошенный, выступающий.

9. Брови: прямые, дугообразные, широкие, узкие, сросшиеся.

10. Нос: малый, большой, толстый, тонкий, широкий. Спинка носа: вогнутая, прямая, выпуклая, с горбинкой.

Основание носа: приподнятое, горизонтальное, опущенное.

11. Рот: малый, большой. Углы рта: опущены, приподняты.

12. Губы: тонкие, толстые, отвисание нижней губы, приподнятость верхней.

13. Подбородок: скошенный, прямой, выступающий, раздвоенный, с ямкой, с поперечной бороздой.

14. Уши: малые; большие, овальные, треугольные, квадратные, круглые. Оттопыренность ушей: верхняя, нижняя, общая. Мочка уха: сросшаяся, отдельная, наклонная, угловатая, овальная.

15. О с о б ы е п р и м е т ы: физические недостатки, увечья, повреждения, наросты, бородавки, пятна, рубцы, болезненные движения тела, плешивость, асимметрия лица, татуировка.

МАТЕРИАЛЫ К ЭКСПЕРТИЗЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

ПАТРОНЫ БОЕВОГО ОРУЖИЯ¹

(технические данные)

Наименование патрона	Калибр в мм	Длина в мм			Форма	
		патрона	пули	гильзы	пули	гильзы
Пистолетный образца 1930 г. (СССР), с обычной пулей	7,62	34,7	14	24,7	Тупоконечные	Л Ж бутылочная
То же, с суррогатированной пулей	7,62	34,7	16,5	11	»	То же
Револьверный, образца 1895 г. (СССР), с тупоконечной пулей	7,62	38,65	16,5	38,65	Тупоконечная с плоским кончиком	Л Кз
То же, с остроконечной пулей	7,62	38,65	17	38,65	Остроконечная	То же
Стандартный браунинга	6,35	23—22,7	12,6—11,8	15,7—15,24	Тупоконечная	Л Ц
Стандартный браунинга	7,65	25	11,7—12,1	17,2	То же	То же
Стандартный браунинга (короткий)	9	24,7	11,5	17,4	» »	» »
Стандартный браунинга (длинный) (Бельгия)	9	28	13,3	20,3	» »	» »
Парабеллума (Люгера)	7,65	29,5	15	21,5	Тупоконечная с полусферическим оживалом	Л бутылочная

¹ Кустанович С. Д. Судебная баллистика, Госюриздат, М., 1956.

Наименование патрона	Калибр в мм	Длина в мм			Форма	
		патрона	пули	гильзы	пули	гильзы
Револьверный Лебеля (Франция)	8	36,5	26,5	15,7	Тупоконечная с плоским кончиком	Л Кз
Намбу (Япония)	8	—	—	—	Тупоконечная полусферическая	Л Б
Борхард — Люгера-08 (парабеллум) (Германия) с оживальной пулей	9	29,5	15,9	19	То же	Л Ж цилиндрическая
То же с пулей, имеющей усеченный кончик	9	29	15,5	19	Тупоконечная с плоским кончиком	Л Ц
Пистолета системы Штейера (Австрия)	9	34	17	24	Тупоконечная	То же
Кольта (США)	9	—	—	—	Тупоконечная с полусферическим оживалом	» »
Кольта модели 1911 г. (США)	11,43	32,4	16,3	22,8	Тупоконечная полусферическая	Л цилиндрическая
Пистолета системы Веб-лей — Скотт (Англия)	11,45	—	—	—	Тупоконечная сферическая	То же

Уменьшенной мощности (промежуточный) (Германия)	7,92	48	25,6	33	Остроконечная	Ж бутылочная
Уменьшенной мощности (промежуточный) (США)	7,62	42,44	17,5	32,8	Тупоконечная	Л цилиндрическая
Винтовочный, с легкой пулей образца 1908 г. (СССР)	7,62	77,16	28,6	53,7	Остроконечная без конуса	Пл Ж бутылочная
Винтовочный, с тяжелой пулей образца 1930 г. (СССР)	7,62	77,16 ¹	34,4	53,7	Остроконечная с конусом	Пл Ж бутылочная
Винтовочный, с легкой пулей (Германия)	7,92	80	—	53,8 ²	Остроконечная с конусом	То же
Винтовочный, с тяжелой пулей (Германия)	7,92	80	37	53,8 ³	То же	» »
Винтовочный образца Т-65 (США)	7,62	71	—	—	Остроконечная	Бутылочная

Условные обозначения: Л — латунная, Ж — железная, Пл — плакированная; Кз — коническая, с закраиной, Б — бутылочная, Ц — цилиндрическая.

- ¹ Кончик пули окрашен в желтый цвет.
² Кромка капсюля окрашена в черный цвет.
³ Кромка капсюля окрашена в зеленый цвет.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ХАРАКТЕРЕ ОТЛОЖЕНИЯ КОПОТИ ПРИ ВЫСТРЕЛАХ НА БЛИЗКОМ И НА ДАЛЬНОМ РАССТОЯНИЯХ¹ (Экспериментальные данные)

Признаки выстрела у входного отверстия	Выстрел на близком расстоянии		Выстрел на дальнем расстоянии
	отложение копти выстрела на первой мишени	отложение копти выстрела на второй мишени (втором слое одежды)	отложение копти выстрела на второй мишени (втором слое одежды)
1. Характер отложения копти выстрела:	В виде сплошного круга или (редко) concentрических колец, а также широких лучей. Периферическая зона светлее центральной. Резкой границы между ними нет	В виде сплошного круга или лучистого венчика	Два вида: а) лучистый венчик вокруг отверстия б) две зоны: центральная и периферическая, когда между центральной зоной и периферической имеется четкий промежуток без отложения копти
а) характер наружного края отложения копти выстрела	Ровный. Реже в виде крупных лучей	Ровный или фестончатый, с пятью и более выступами	В центральной зоне обычно имеет фестончатый вид с пятью и более выступами. В периферической зоне край ровный (в виде кольца)
б) наличие свободного промежутка между площадью, покрытой копотью выстрела, и краями входного отверстия	Промежутка нет. Копоть выстрела располагается непосредственно от краев отверстия	Промежутка нет. Копоть выстрела располагается непосредственно от краев отверстия	Обычно имеется промежуток (1—2 мм между началом отложения копти выстрела и краем отверстия)
2. Диаметр отложения копти выстрела	7,5—8,5 см	Около 1 см	1—3 см

3. Сопутствующие признаки:

- а) частицы зерен пороха
б) волокна одежды

Обычно имеются
Отсутствуют

Обычно имеются
Имеются

Всегда отсутствуют
Имеются

¹ Для оружия с начальной скоростью пули более 700 м/сек. (данные И. В. Виноградова).

ПРИЗНАКИ ВЫСТРЕЛА В УПОР И С БЛИЗКОГО РАССТОЯНИЯ

Наименование оружия	В упор	С близкого расстояния	
		копоть	порошинки
Трехлинейная винтовка образца 1891—1930 гг. Обычные патроны	Разрывы кожи и тканей одежды возможны и наблюдаются при выстрелах с расстояния до 10 см; как правило, наблюдается и венчик копоти. шириной до 4—5 см, образующийся вследствие прорыва газов между мишенью и дульным срезом	Светло-серого цвета, хорошо заметна при выстрелах с расстояния до 15 см и слабо — до 35 см. При выстрелах с расстояния свыше 35 см копоть уже не видна	Хорошо заметны в окружности входного отверстия при выстрелах с расстояния до 50 см; до 120 см встречаются лишь единичные порошинки
Пистолет-пулемет образца 1941 г. (ППШ)	Разрывы тканей одежды очень ограниченные и	Хорошо видна при выстрелах с расстояния	Хорошо заметны при выстрелах на расстоянии до 10 см,

Наименование оружия	В упор	С близкого расстояния	
		копоть	порошинки
Пистолет образца 1933 г. (ТТ)	образуются не всегда. Разрывов кожи не наблюдается	до 10 см, еле заметна при расстоянии 15 см и отсутствует при выстрелах с расстояния 20 см	слабо — при выстрелах от 10 до 20 см; от 20 до 35 см заметны единичные порошинки. При расстоянии свыше 35 см отсутствуют
Револьвер образца 1895 г. («Наган»)	Разрывы кожи образуются только при выстрелах в упор, а одежды с расстояния не более 5—7 см	Хорошо видна при выстрелах с расстояния до 15 см; от 15 до 30 см слабо заметна. При выстрелах с расстояния свыше 30 см отсутствует	Хорошо заметны при выстрелах с расстояния до 20 см. При расстоянии 30 см обнаруживаются единичные порошинки. При выстрелах с расстояния 60 см и выше не обнаруживаются
Пистолеты карманные (калибра 6,35—7,65 мм)	Разрывы одежды и кожи образуются при выстрелах с расстояния до 3 см, иногда наблюдается небольшое закопчение краев	Хорошо заметна при выстрелах с расстояния до 15 см; от 15 до 25 см имеются слабые следы. При выстрелах с расстояния свыше 25 см отсутствует	Хорошо заметны при выстрелах с расстояния до 30 см. От 30 до 50 см обнаруживаются лишь единичные порошинки вокруг входного отверстия. При выстрелах с расстояния свыше 50 см не обнаруживаются
	Разрывы краев входного отверстия образуются при выстрелах с расстояния до 1 см	Заметна при выстрелах с расстояния до 25 см	Заметны при расстоянии до 50 см

**МАКСИМАЛЬНЫЕ ДИСТАНЦИИ, ПРИ КОТОРЫХ
ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ОТДЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ БЛИЗКОГО
ВЫСТРЕЛА НА МАТЕРИАЛАХ ОДЕЖДЫ
(ориентировочные данные в сантиметрах)**

Образец оружия	Надрывы краев входного отверстия		Налет копоти выстрела		Остатки пороховых зерен	
	бязь белая	сукно шинельное	бязь белая	сукно шинельное	бязь белая	сукно шинельное
Пистолеты карманные (калибра 6,35—7,65 мм)	1	Нет	20—25	15—20	50	30—50
Револьвер «Наган»	3	0,5—1	20—25	15—20	40—50	30—40
Пистолет «ТТ»	5—7	1—3	30	25	50—60	40—50
Автомат ППШ (пистолет-пулемет образца 1941 г.)	Нет	Нет	20	10—15	30—35	20
Автомат ППС (пистолет-пулемет образца 1943 г.)	1	Нет	20	10—15	35	20
Карабины образца 1938 г. и образца 1944 г.	10—12	5—7	25—35	25—30	100	60—80
Винтовка образца 1891—1930 гг.	7—10	5	25—35	25—30	до 120	60—80

**РАСSEИВАНИЕ ДРОБИ ПРИ ВЫСТРЕЛАХ ИЗ РУЖЕЙ
КАЛИБРА «16» И «12» НА РАЗЛИЧНЫХ ДИСТАНЦИЯХ**

Расстояние в см	Диаметр круга разлета дроби в см
25	1,5—1,7
50	2—2,5
100	4
200	5—6
300	6—8

Расстояние в м	Диаметр круга разлета дроби в см	
	сверловка ствола чок	сверловка ствола цилиндр
5	7	12
10	10	25
15	18	35
20	25	45
30	45	65
40	65	100
50	80	130

■ Средние данные.

**МАКСИМАЛЬНЫЕ РАССТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ
ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ОТДЕЛЬНЫЕ СЛЕДЫ БЛИЗКОГО
ВЫСТРЕЛА НА МАТЕРИАЛАХ ОДЕЖДЫ (БЯЗЬ БЕЛАЯ),
ДЛЯ ДРОВОВЫХ РУЖЕЙ КАЛИБРА «16» И «12»
(средние данные в сантиметрах)**

Вид пороха	Разры- вы	Следы опале- ния	Копоть выстрела		Остатки пороховых зерен	
			хорошо выра- жена	максималь- ное рас- стояние об- наружения	хорошо выра- жена	максималь- ное рассто- яние обна- ружения
Дымный	5	50	50—100	150—170	200	300
Бездымный	5	Нет	50	100	100	200

**ТЕХНИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОМОБИЛЯХ,
НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЕ АВТОМОБИЛЬНЫХ
ПРОИСШЕСТВИЙ¹**

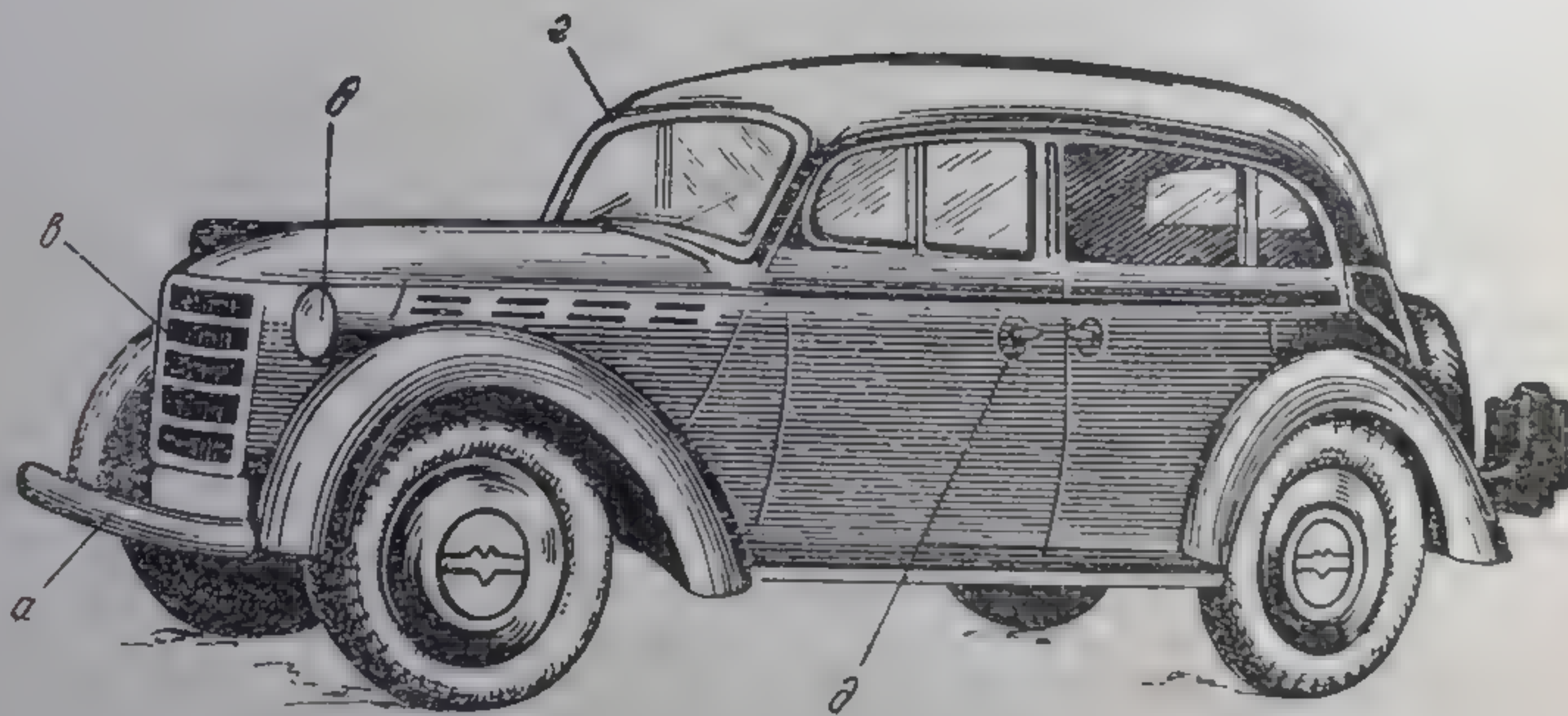


Рис. 9. «Москвич 401».

- а) Бампер: нижний край — 320 мм, верхний край — 390 мм
- б) Фара: верхний край — 900 мм
- в) Облицовка радиатора, верхний край — 1000 мм
- г) Место перехода боковой стойки в крышу — 1370 мм
- д) Ручка передней дверцы (верхний край) — 890 мм

¹ Высота расположения выступающих частей автомашин дана при измерении от поверхности ровной площадки при нормальном давлении воздуха в баллонах без груза.

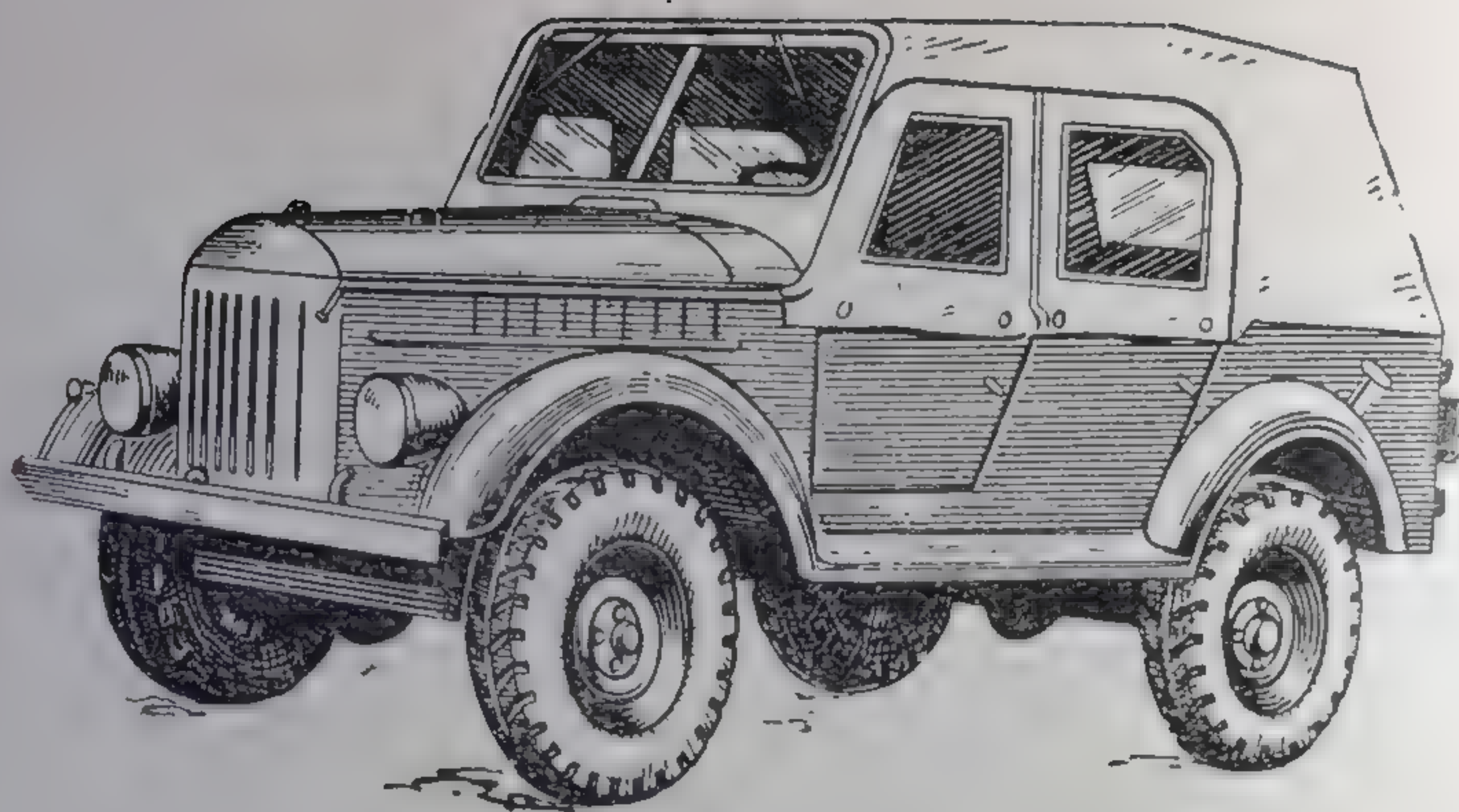


Рис. 13. «Газ-69».

- Передний бампер: нижний край — 470 мм
 верхний край — 560 мм
 Верхний край переднего крюка бампера — 660 мм
 Фара (верхний край) — 870 мм
 Подфарник (верхний край) — 760 мм
 Наиболее высокая точка переднего крыла — 980 мм
 Верхняя часть облицовки радиатора — 1090 мм
 Боковая фара (верхний край) — 1350 мм
 Подножка — 480 мм
 Ручка передней дверцы — 1020 мм
 Ширина колеи передних колес — 1440 мм
 » » задних » — 1440 мм
 » протектора — 136 мм
 Дорожный просвет под передней осью — 210 мм
 » » » задней » — 210 мм
 Вес автомобиля в снаряженном виде без нагрузки —
 1535 кг

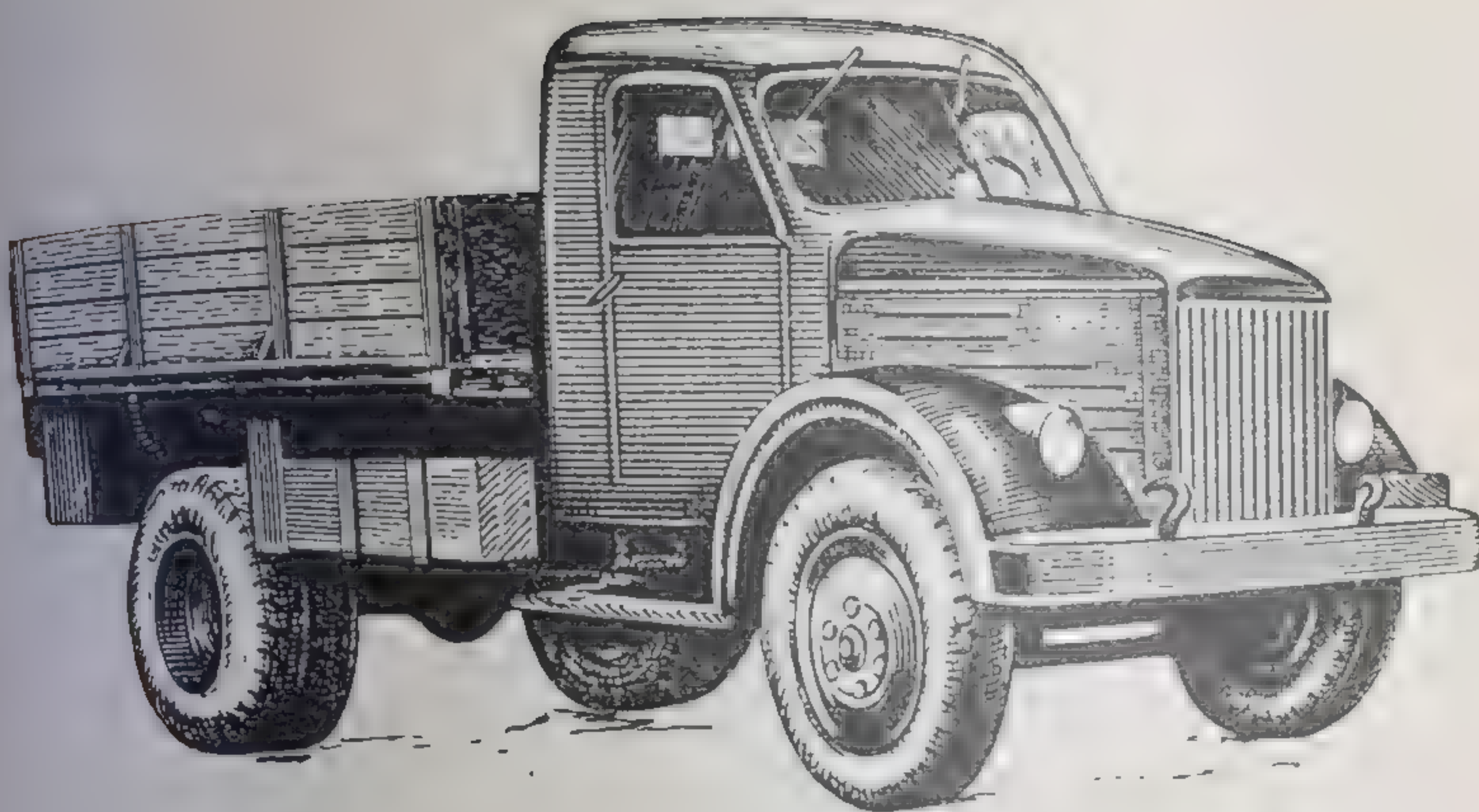


Рис. 14. «Газ-51».

- Бампер: нижний край — 550 мм
- верхний край — 700 мм
- Верхний край переднего крючка бампера — 850 мм
- Стойка для заводной ручки (верхний край) — 800 мм
- Верхняя часть облицовки радиатора — 1340 мм
- Фара (верхний край) — 1060 мм
- Подфарник (верхний край) — 960 мм
- Подножка — 450 мм
- Передний нижний угол кузова — 970 мм
- Задний » » » — 980 мм
- Ширина колеи передних колес — 1585 мм
- » » задних » — 1650 мм
- » » протектора — 146,4 мм
- Дорожный просвет под передней осью — 305 мм
- » » » задней » — 245 мм
- Вес автомобиля без нагрузки — 2710 кг

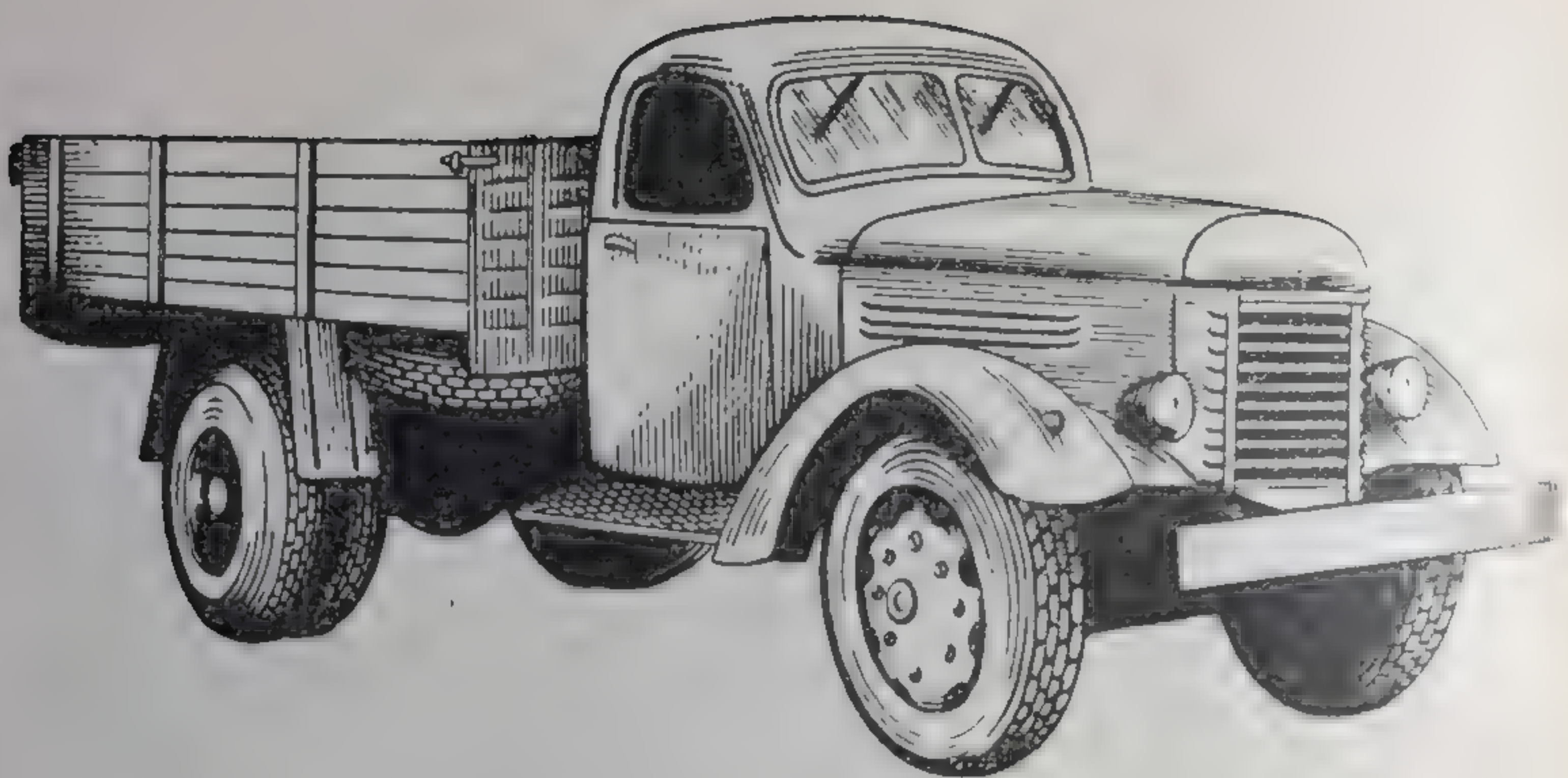


Рис. 15. «ЗИЛ-150».

Бампер: нижний край — 580 мм
 верхний » — 730 мм
 Верхний край переднего крюка бампера — 850 мм
 Верхний край облицовки радиатора — 1500 мм
 Фара (верхний край) — 1120 мм
 Подфарник (верхний край) — 1070 мм
 Наиболее высокая точка переднего крыла — 1180 мм
 Подножка — 500 мм
 Нижний передний угол кузова — 1070 мм
 Передний замок кузова — 1720 мм
 Ширина колеи передних колес — 1700 мм
 » » задних » — 1740 мм
 » протектора — 178,61 мм
 Дорожный просвет под передней осью — 325 мм
 » » » задней » — 265 мм
 Вес автомобиля в снаряженном виде без нагрузки —
 3900 кг

НАИМЕНОВАНИЕ ЧАСТЕЙ ОРУЖИЯ И ИНСТРУМЕНТОВ

Огнестрельное оружие

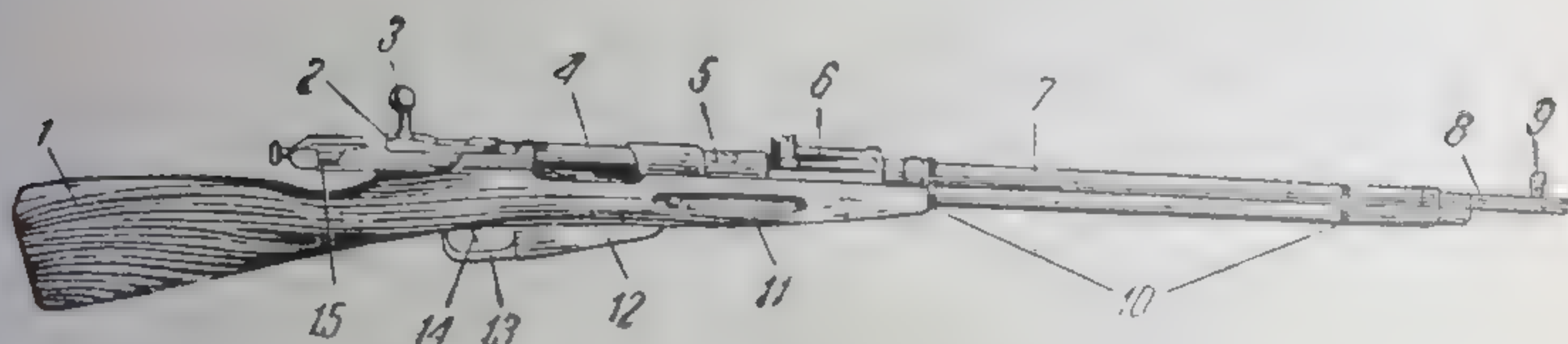


Рис. 16. Винтовка образца 1891—1930 гг. (калибр 7,62 мм).

1 — приклад ложа; 2 — затвор; 3 — рукоятка затвора; 4 — патронник; 5 — номер; 6 — прицельная планка с хомутиком; 7 — ствольная накладка; 8 — ствол; 9 — мушка с намушником; 10 — ложевые кольца; 11 — ложе; 12 — магазин; 13 — спусковая скоба; 14 — спусковой крючок; 15 — курок.

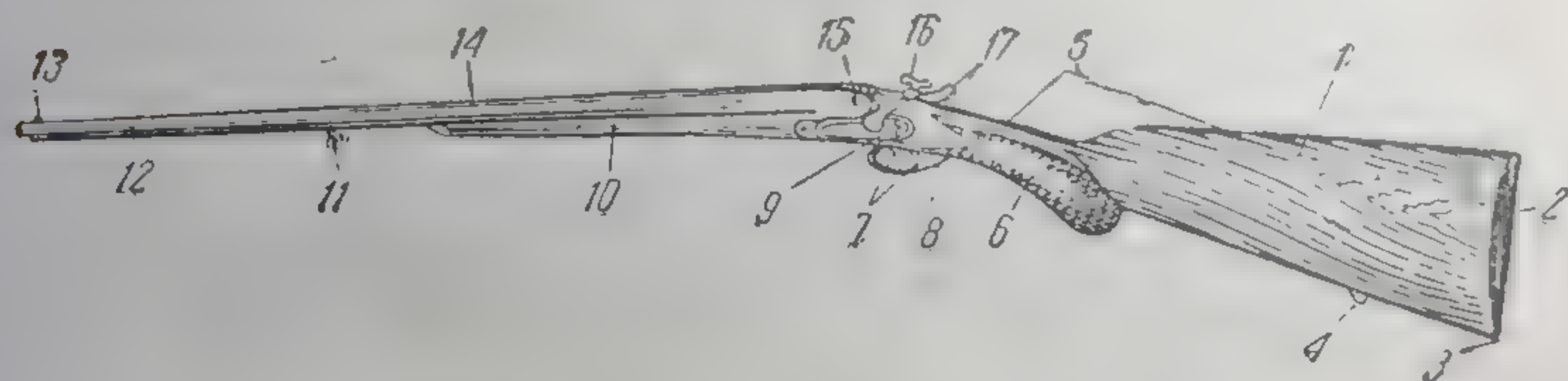


Рис. 17. Дробовое охотничье ружье.

1 — приклад ложа; 2 — затыльник приклада; 3 — носик приклада; 4 — антабка ложевая; 5 — ложе; 6 — щека ложа; 7 — спусковые крючки; 8 — спусковая скоба; 9 — замочная доска; 10 — цевье; 11 — антабка ствольная; 12 — стволы; 13 — мушка; 14 — прицельная планка; 15 — коробка, или колодка; 16 — курок; 17 — верхний ключ.



Рис. 18. Пистолет «ТТ» образца 1933 г. (калибр 7,62 мм).

1 — рамка; 2 — курок; 3 — целик; 4 — окно; 5 — кожух-затвор; 6 — мушка; 7 — трубка кожуха-затвора; 8 — наконечник возвратной пружины; 9 — рамка; 10 — затворная задержка; 11 — спуск; 12 — щека рукоятки; 13 — крышка магазина; 14 — номер, год выпуска.

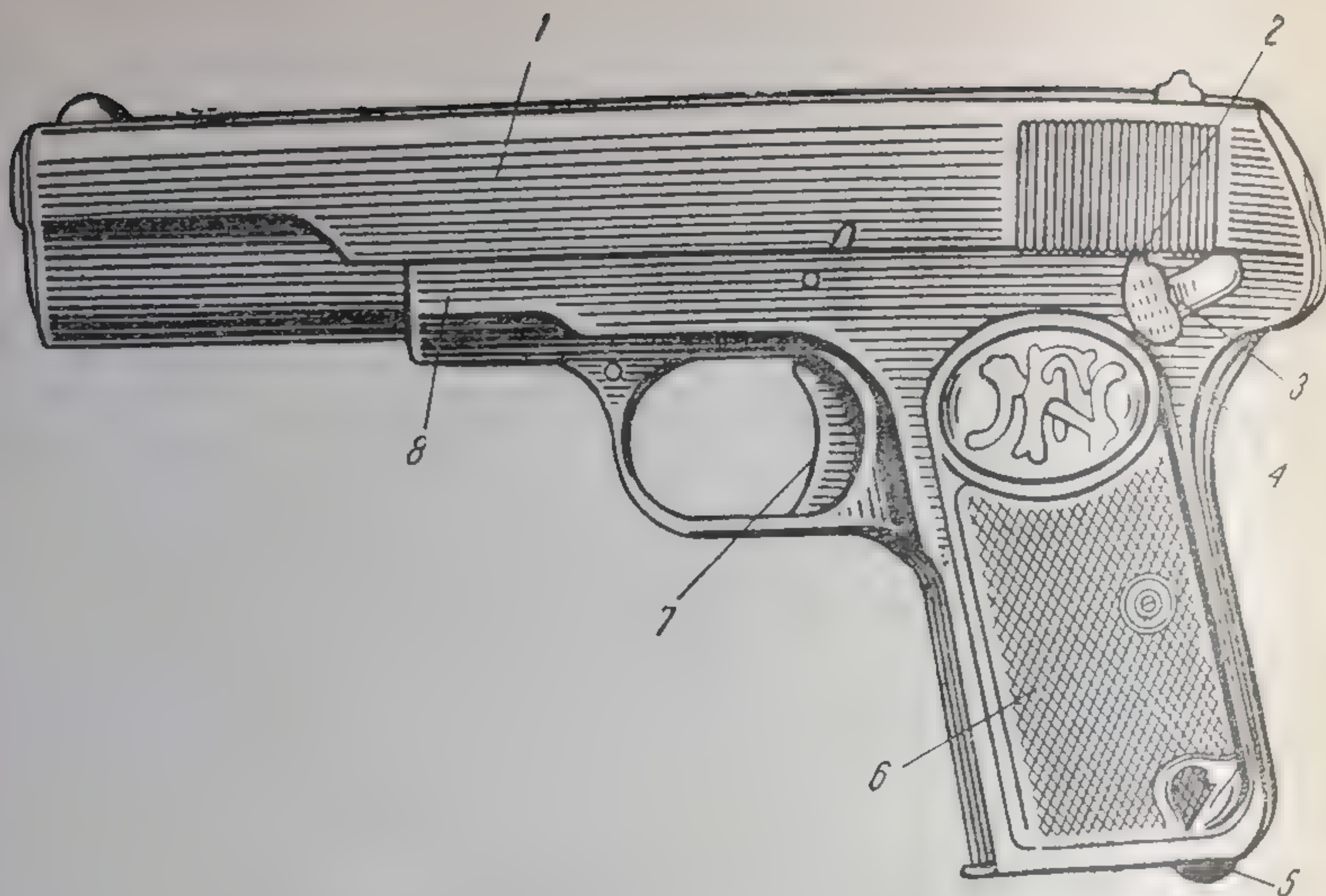


Рис. 19. Пистолет «Браунинг» образца 1903 г.

1 — кожух-затвор; 2 — вырез для зуба обыкновенного предохранителя; 3 — обыкновенный предохранитель; 4 — автоматический предохранитель; 5 — защелка магазина; 6 — левая щечка рукоятки; 7 — спусковой крючок; 8 — рамка пистолета.

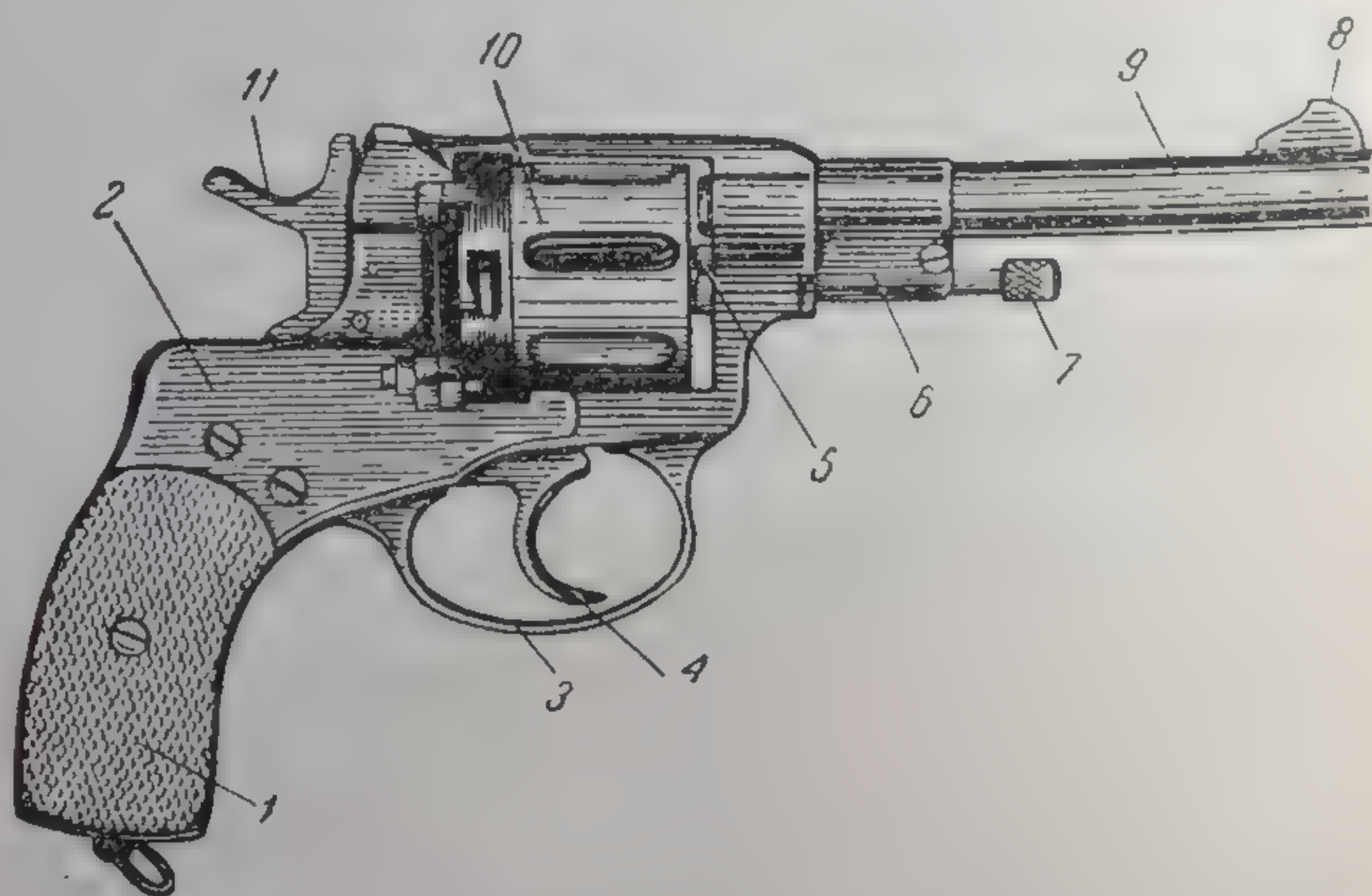


Рис. 20. Револьвер «Наган» образца 1895 г. (калибр 7,62 мм).

1 — деревянная щечка; 2 — рамка; 3 — спусковая скоба; 4 — спусковой крючок; 5 — ось барабана; 6 — шомпальная грубка; 7 — шомпол; 8 — мушка; 9 — ствол; 10 — барабан; 11 — курок.

Холодное оружие

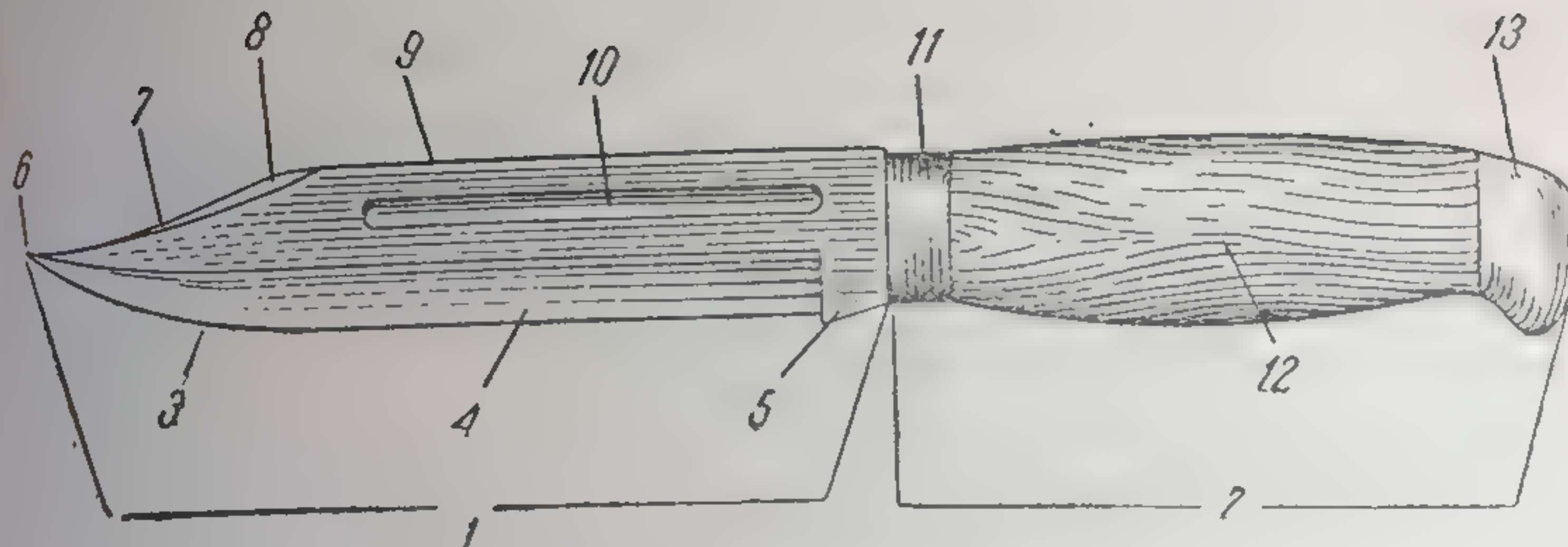


Рис. 21. Финский нож.

1 — клинок; 2 — рукоятка; 3 — лезвие; 4 — заточка лезвия; 5 — основание клинка (бородка); 6 — острие; 7 — скос обуха; 8 — заточка скоса обуха; 9 — обух; 10 — выточка (дола); 11 — кольцо; 12 — ручка; 13 — наконечник.

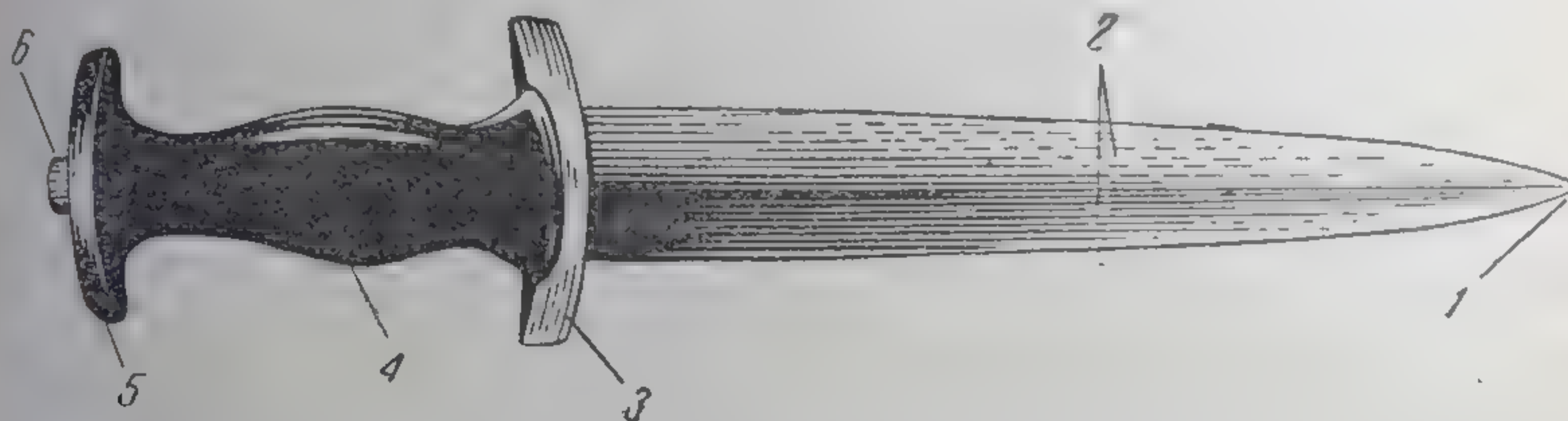


Рис. 22. Кинжал.

1 — острие клинка; 2 — заточка лезвия; 3 — упор-предохранитель; 4 — ручка; 5 — наконечник; 6 — винт крепления ручки.

Инструменты и орудия

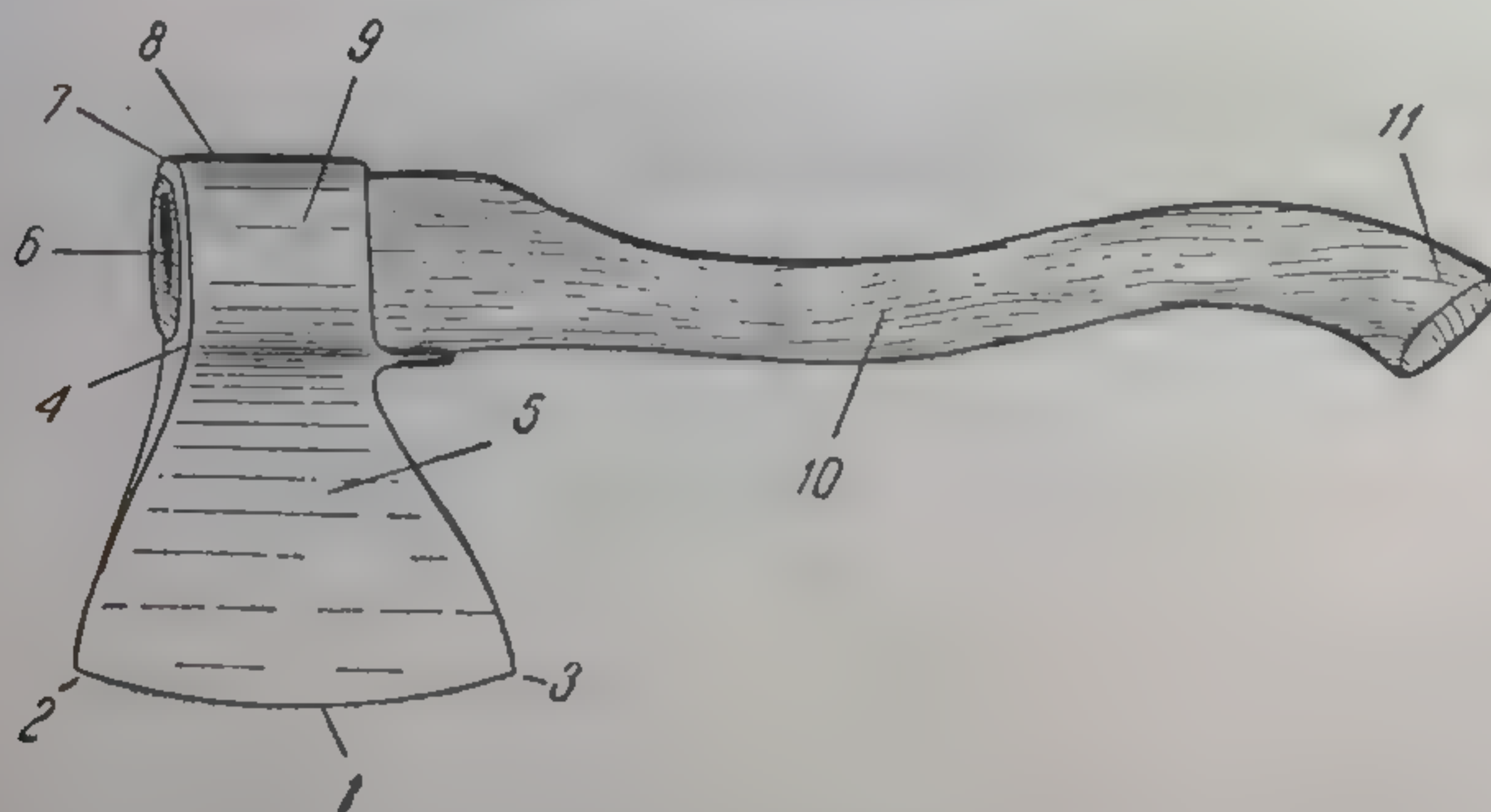


Рис. 23. Топор.

1 — лезвие клина; 2 — носок; 3 — пятка; 4 — клин; 5 — щека клина; 6 — клин топорща; 7 — головка; 8 — обух топора; 9 — боковая стенка ушка головки; 10 — топорще; 11 — конец топорща.

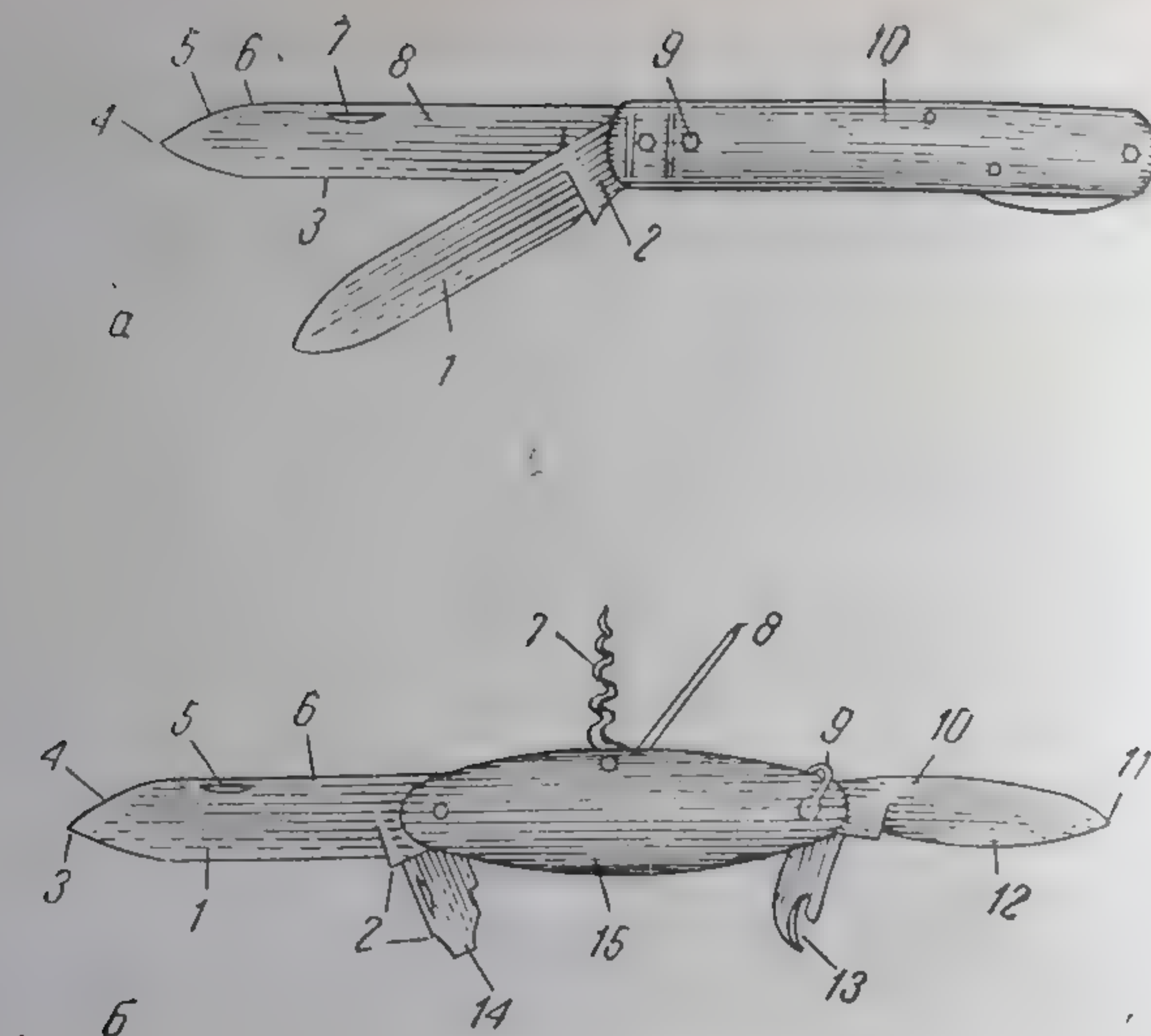


Рис. 24. Нож карманный.

а — нож карманный с двумя клинками: 1 — клинок; 2 — основание клинка; 3 — лезвие; 4 — острие; 5 — скос обуха; 6 — обух; 7 — выемка; 8 — клинок; 9 — место крепления клинка с ручкой; 10 — ручка.
 б — нож карманный с двумя клинками и дополнительными принадлежностями: 1 — лезвие; 2 — основание клинка; 3 — острие; 4 — скос обуха; 5 — выемка; 6 — обух; 7 — штопор; 8 — шильце; 9 — кольцо; 10 — клинок; 11 — острие; 12 — лезвие; 13 — консервный нож; 14 — отвертка; 15 — ручка.

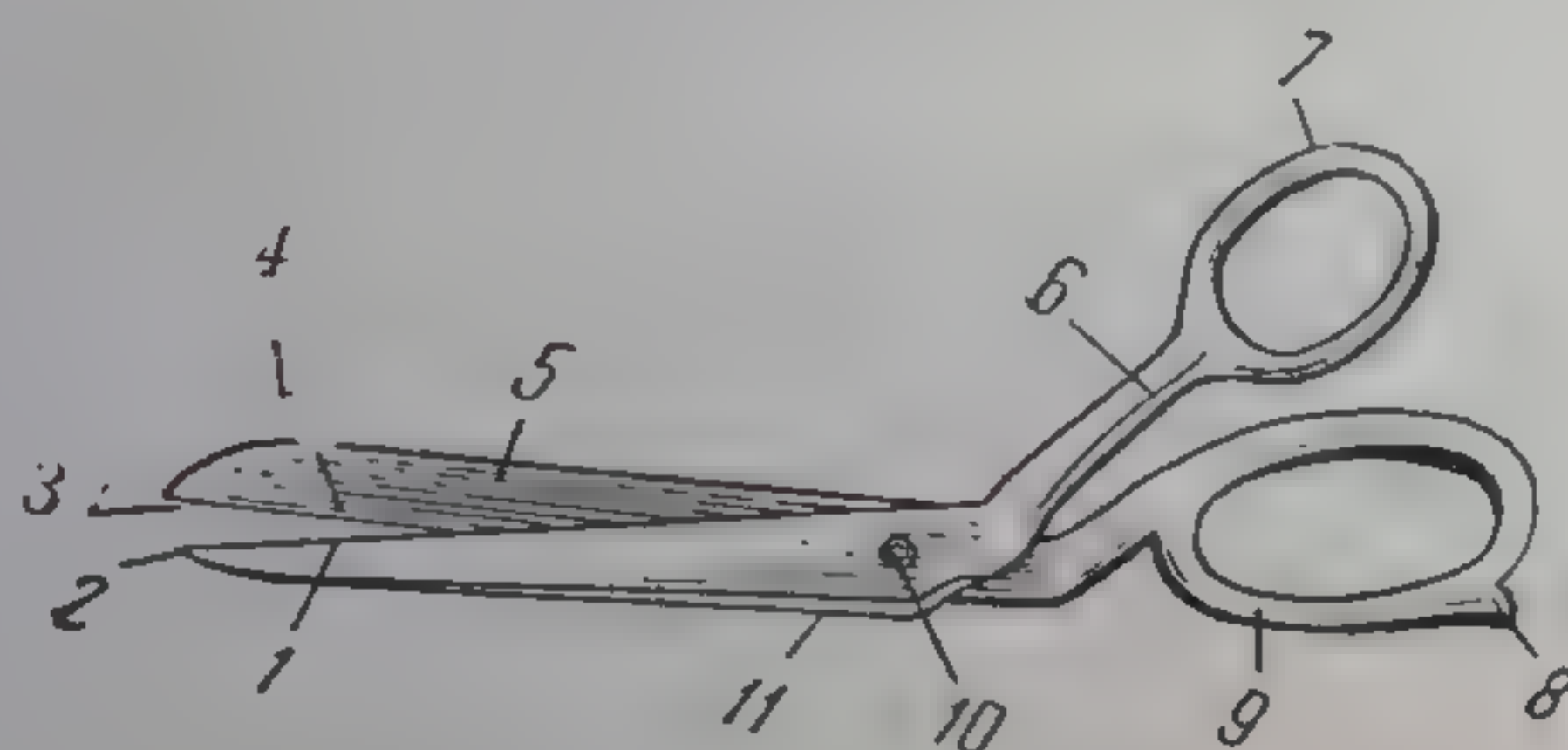


Рис. 25. Портняжные ножницы.

1 — узкое лезвие; 2 — острие лезвия; 3 — ре-
 зец лезвия; 4 — широкое лезвие; 5 — бранша;
 6 — ручка; 7 — малое кольцо; 8 — выступ
 кольца; 9 — большое кольцо; 10 — осевой
 винт; 11 — полозок.

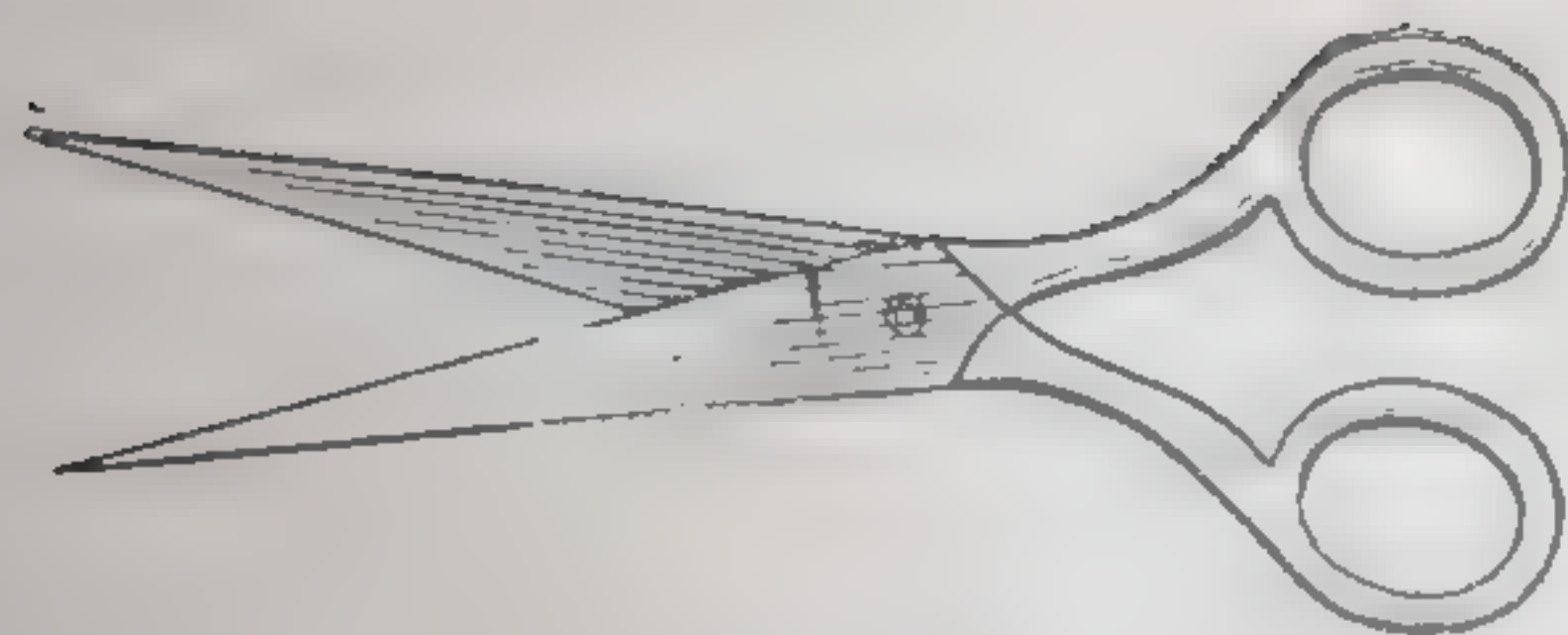


Рис. 26. Парикмахерские ножницы.

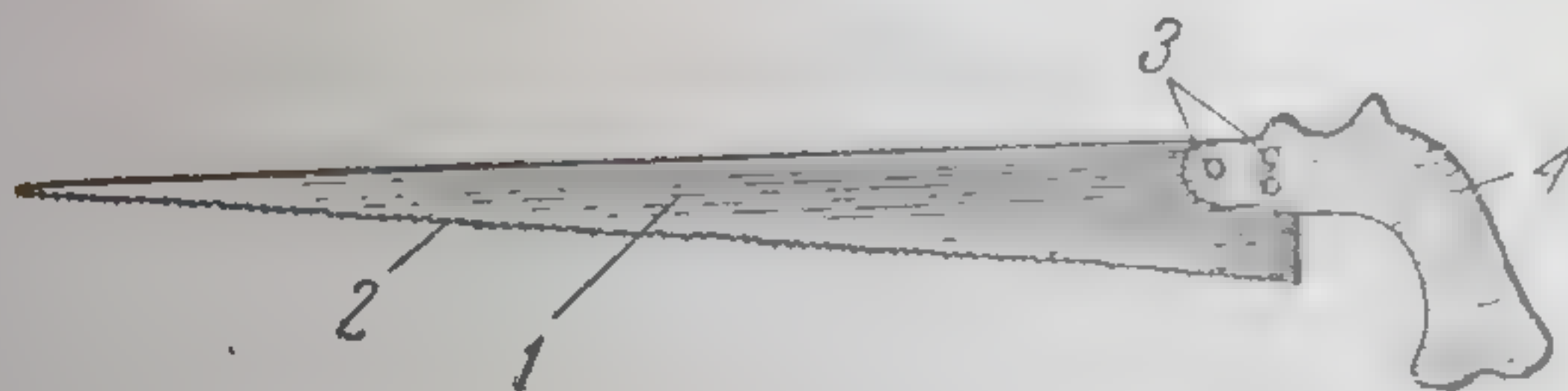


Рис. 27. Столярная ножовка.

1 — полотно ножовки; 2 — зубья; 3 — заклепки крепления ручки; 4 — ручка.

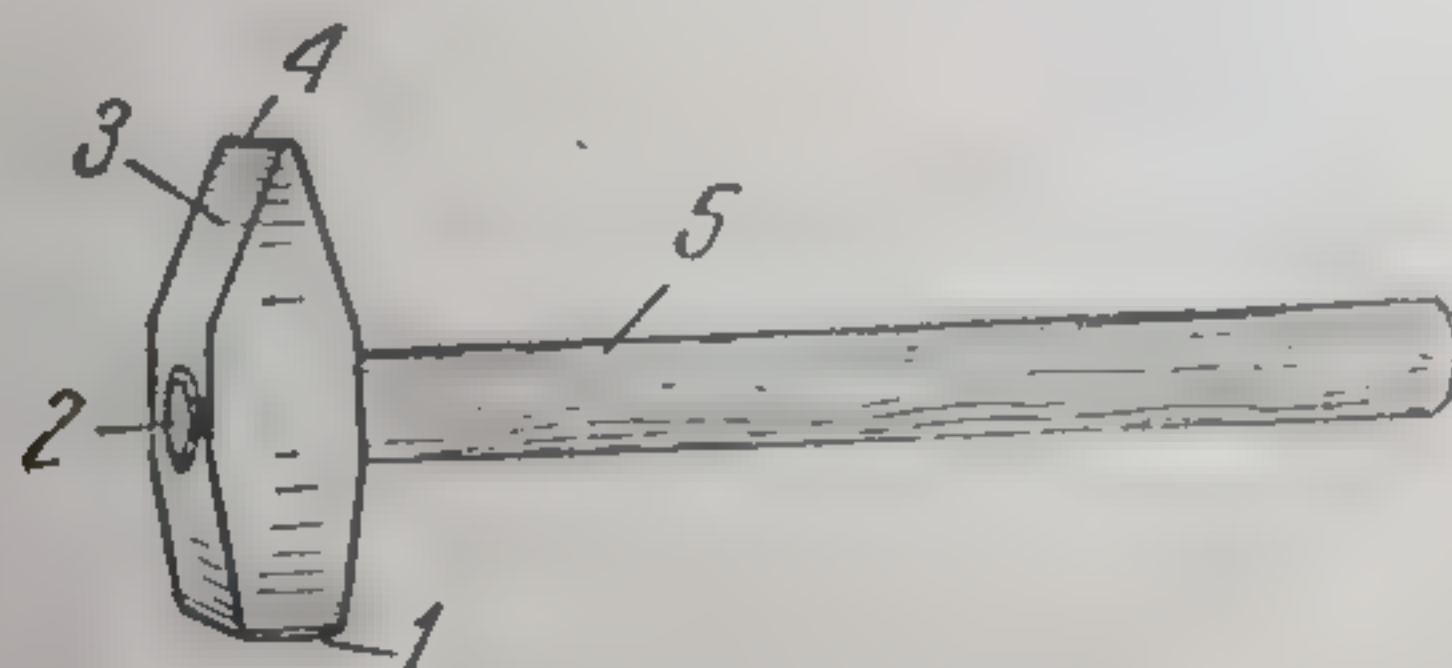


Рис. 28. Плотничный молоток

1 — ударная часть молотка; 2 — головка ручки; 3 — скос; 4 — носок молотка; 5 — ручка молотка.

НАИМЕНОВАНИЕ ЧАСТЕЙ ОДЕЖДЫ

Мужская одежда

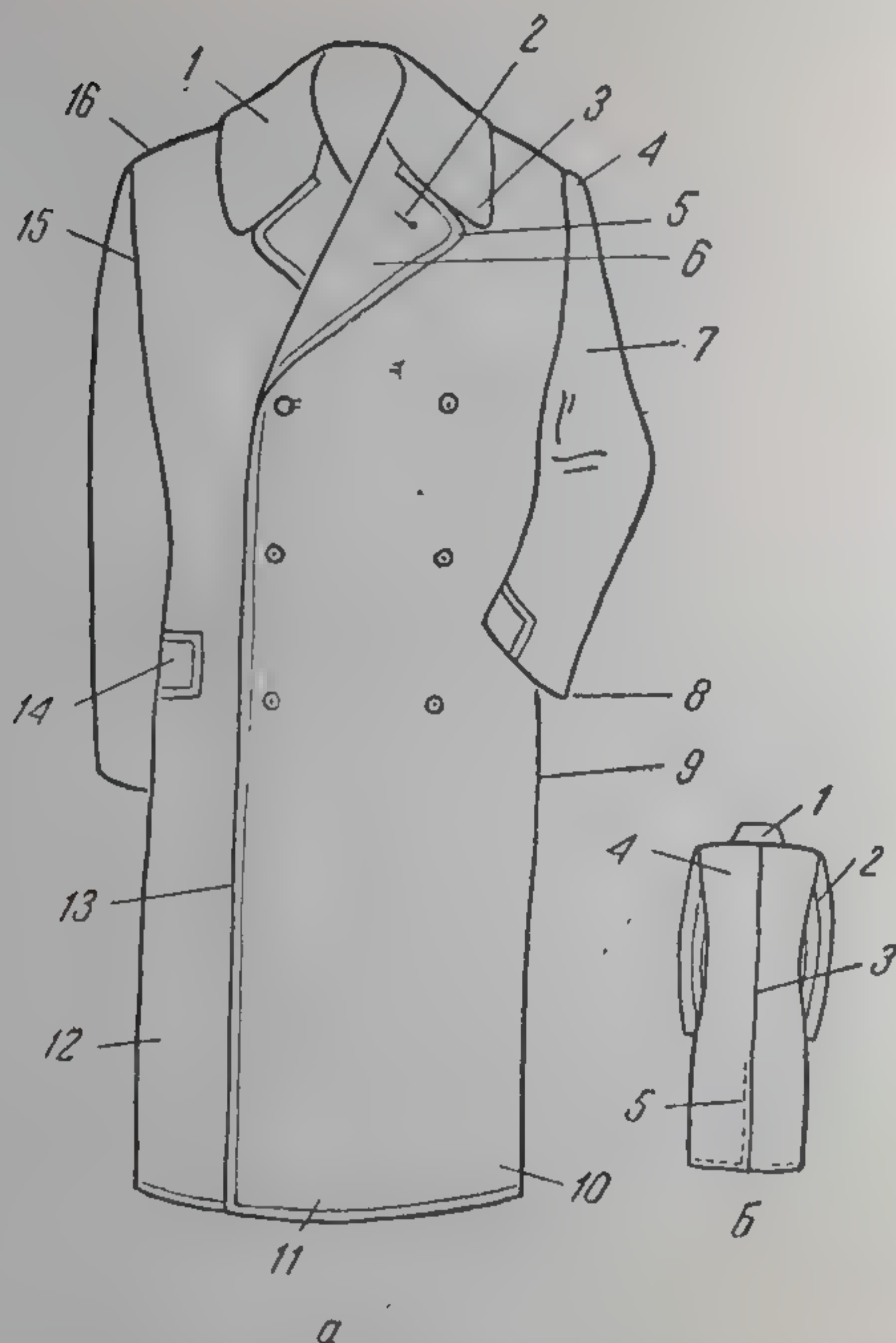


Рис. 29. Зимнее пальто.

а — вид спереди: 1 — воротник; 2 — петля лацкана; 3 — угол воротника; 4 — окат; 5 — угол лацкана; 6 — лацкан; 7 — рукав; 8 — низ рукава; 9 — боковой шов; 10 — левая пола; 11 — низ пальто; 12 — правая пола; 13 — край борта; 14 — клапан кармана; 15 — пройма; 16 — плечевой шов.
 б — вид сзади: 1 — воротник; 2 — локтевой шов; 3 — шов спинки; 4 — спинка; 5 — шлица.

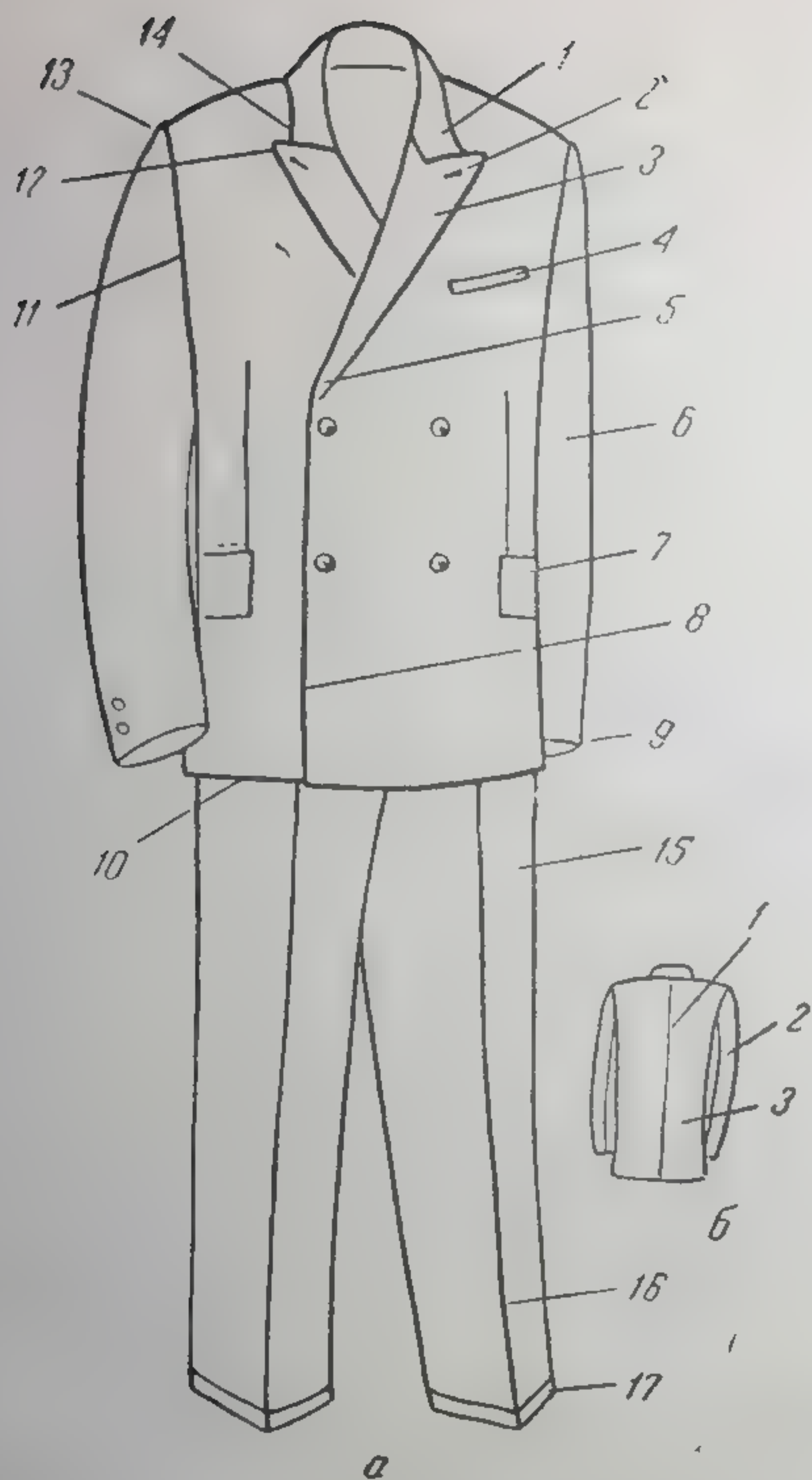


Рис. 30. Костюм мужской.

а — вид спереди: 1 — воротник; 2 — петля лацкана; 3 — лацкан; 4 — лис-точка; 5 — отвал фасона; 6 — рукав; 7 — клапан кармана; 8 — край борта; 9 — низ рукава; 10 — низ пиджака; 11 — пройма; 12 — угол лацкана; 13 — окат; 14 — угол воротника; 15 — брю-ки; 16 — сгиб; 17 — манжета.
б — вид сзади: 1 — шов спинки; 2 — локтевой шов; 3 — спинка.

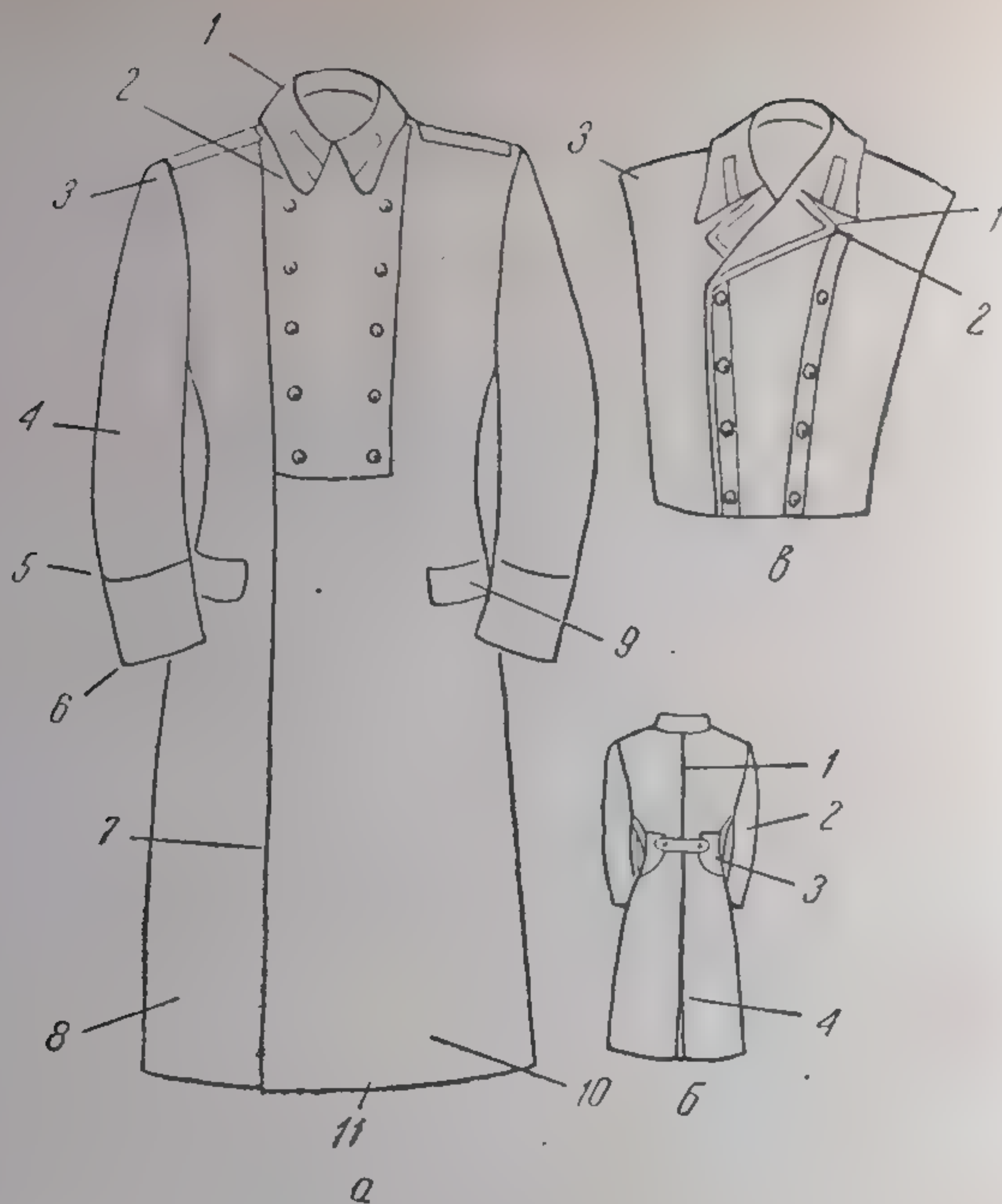


Рис. 31. Шинель.

а — вид спереди: 1 — воротник; 2 — угол воротника; 3 — окат; 4 — рукав; 5 — обшлаг; 6 — низ рукава; 7 — край борта; 8 — правая пола; 9 — клапан кармана; 10 — левая пола; 11 — низ шинели;
б — вид сзади: 1 — шов спинки; 2 — фигурный хлястик; 3 — столбик; 4 — разрез шлица.
в — детали шинели спереди: 1 — лацкан; 2 — угол лацкана; 3 — плечевой шов

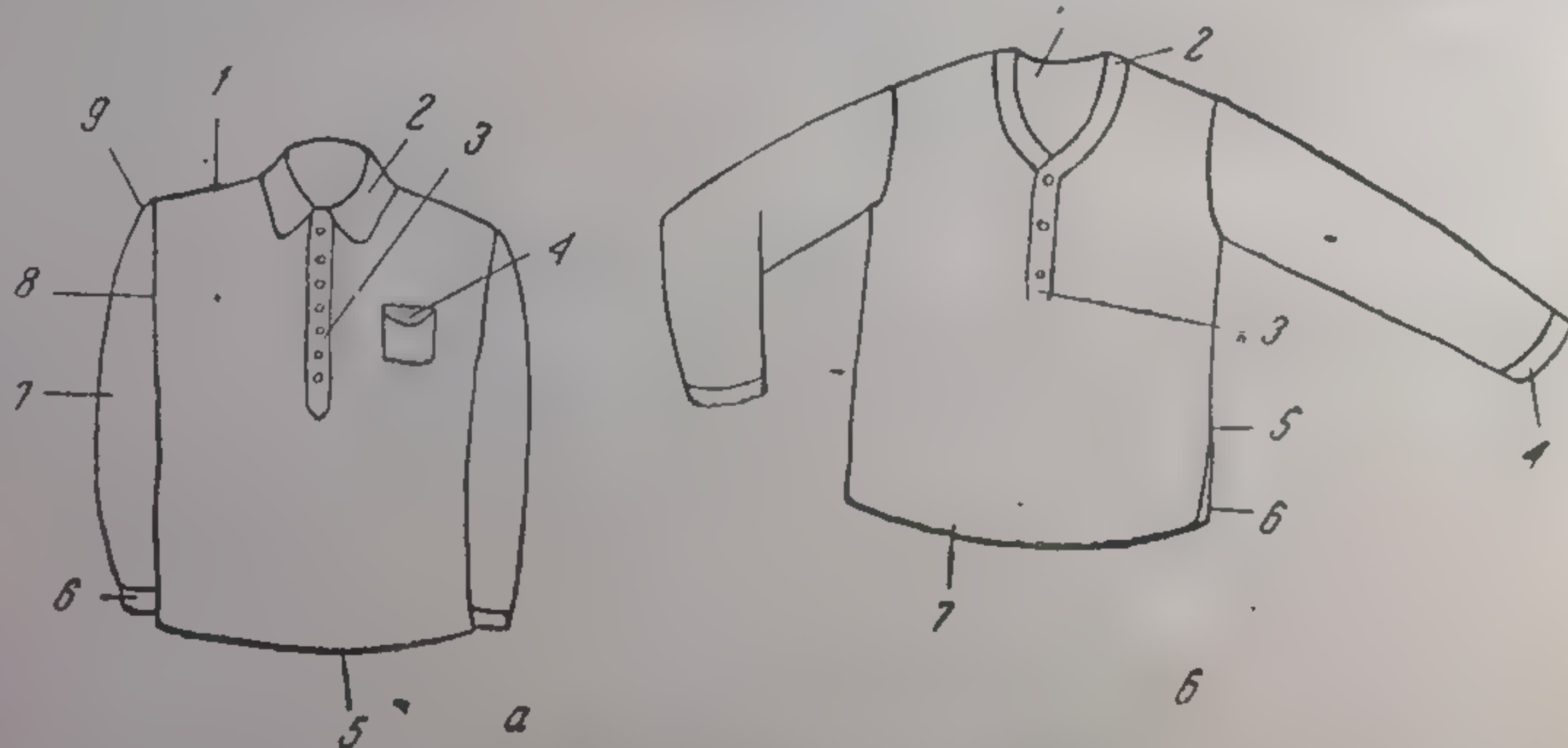


Рис. 32. Сорочки мужские.

а — верхняя: 1 — плечевой шов; 2 — ворот; 3 — планка; 4 — клапан кармана; 5 — низ сорочки; 6 — манжета; 7 — рукав; 8 — шов проймы; 9 — головка рукава.
б — нижняя: 1 — вырез горловины; 2 — «Шалька» планки; 3 — планка; 4 — манжета; 5 — боковой шов; 6 — разрез; 7 — низ.

Женская одежда

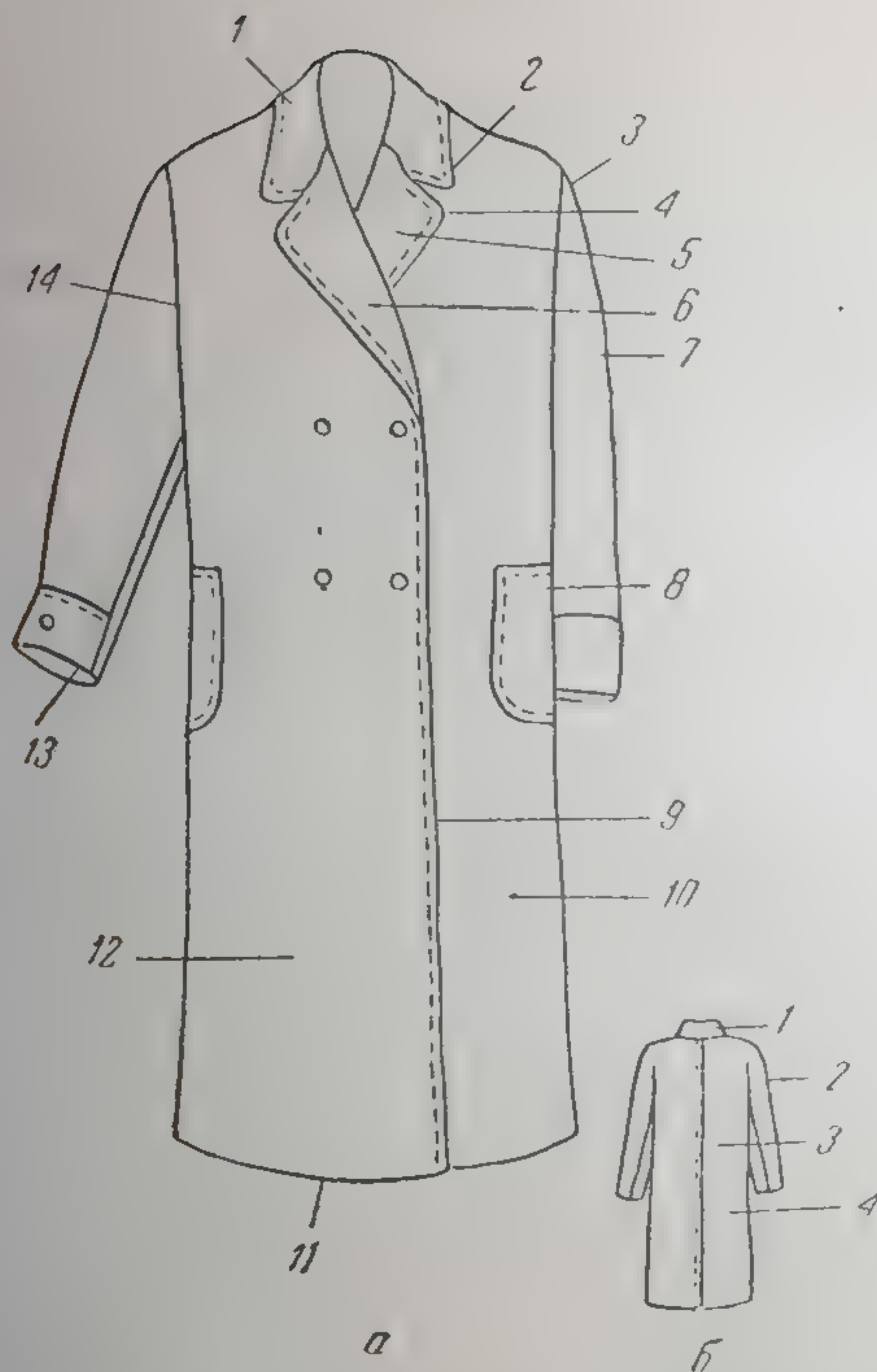


Рис. 33. а — пальто демисезонное.

1 — воротник; 2 — угол воротника; 3 — окат;
4 — угол лацкана; 5 — лацкан; 6 — отвал фасона;
7 — рукав; 8 — карман; 9 — край бор-
та; 10 — левая пола; 11 — низ пальто; 12 —
правая пола; 13 — низ рукава; 14 — пройма.

б — пальто летнее.

1 — воротник; 2 — рукав; 3 — шов спинки;
4 — спинка

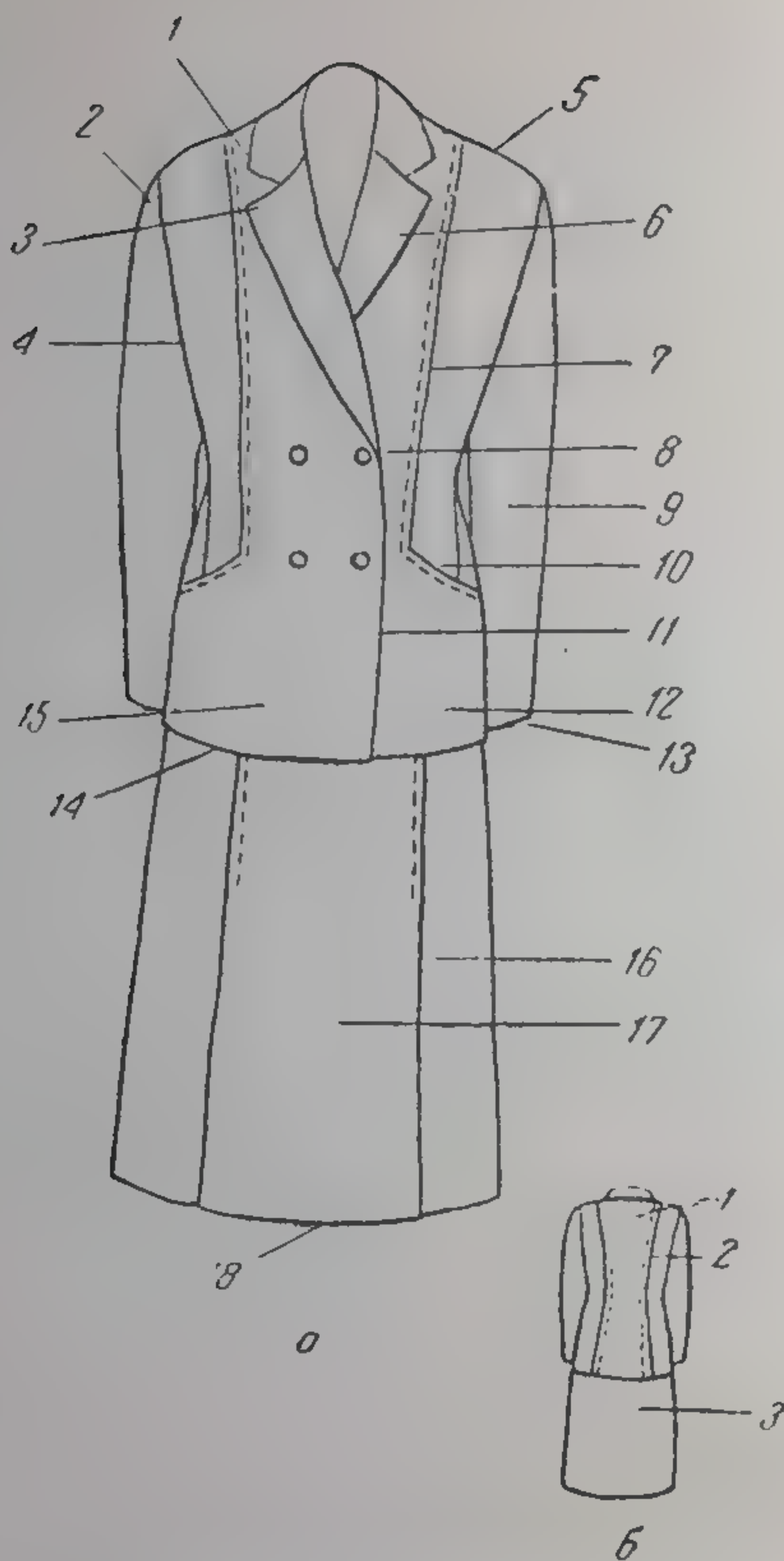


Рис. 34. Костюм женский.

а — вид спереди: 1 — угол воротника; 2 — окат; 3 — угол лацкана; 4 — прой-
ма; 5 — плечевой шов; 6 — лацкан; 7 —
фигурная линия полочки; 8 — пугови-
цы; 9 — рукав; 10 — карман; 11 —
край борта; 12 — левая пола; 13 —
низ рукава; 14 — низ жакета; 15 — пра-
вая пола; 16 — боковая складка; 17 —
перед юбки; 18 — низ юбки.
б — вид сзади: 1 — спинка; 2 — релье-
фные линии; 3 — спинка юбки.

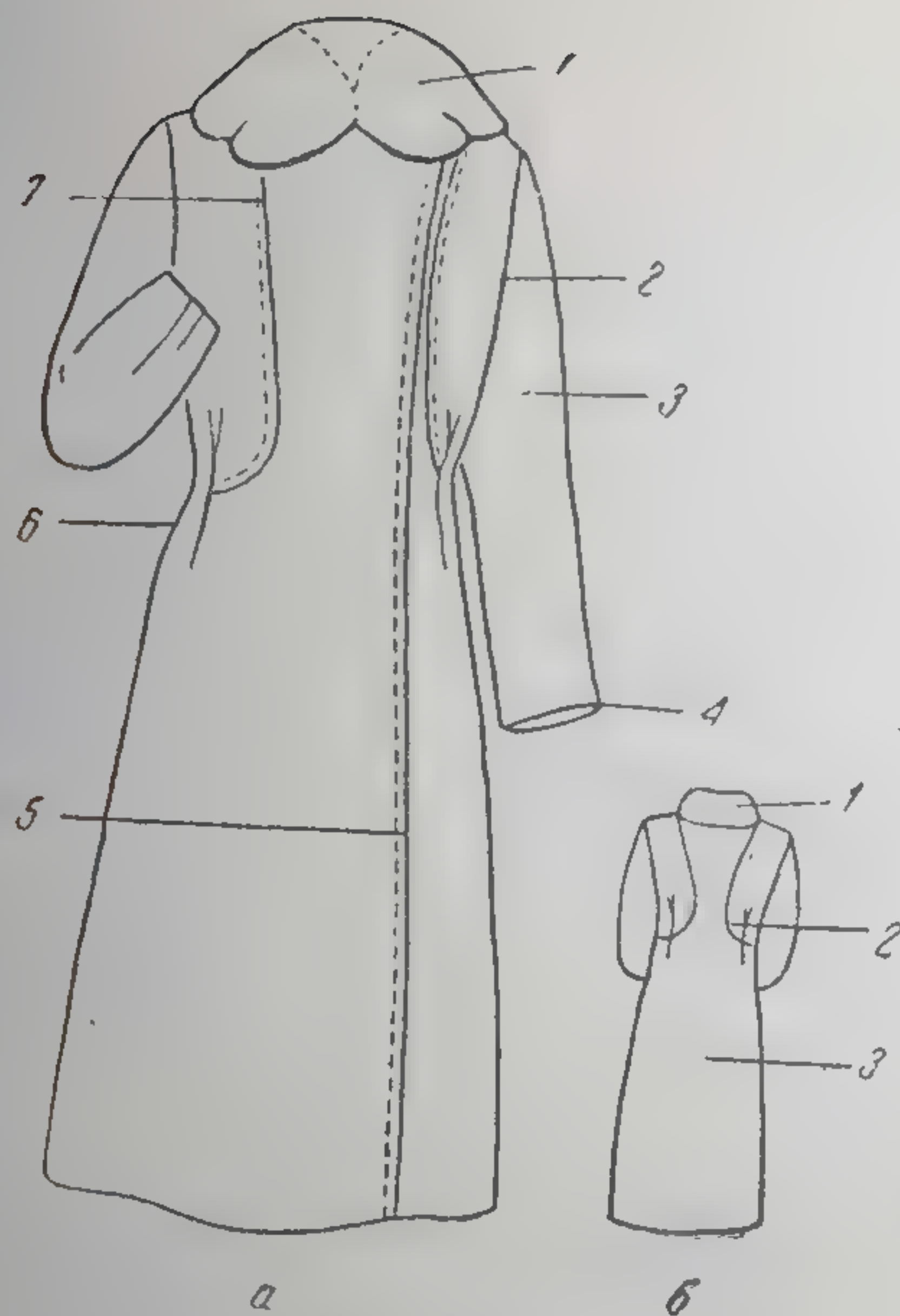


Рис. 35. Зимнее пальто женское.

а — вид спереди: 1 — воротник; 2 — прой-
ма; 3 — рукав; 4 — низ рукава; 5 — край
борта; 6 — боковой шов; 7 — фигурные
швы.

б — вид сзади: 1 — воротник; 2 — фигур-
ный шов; 3 — спинка.

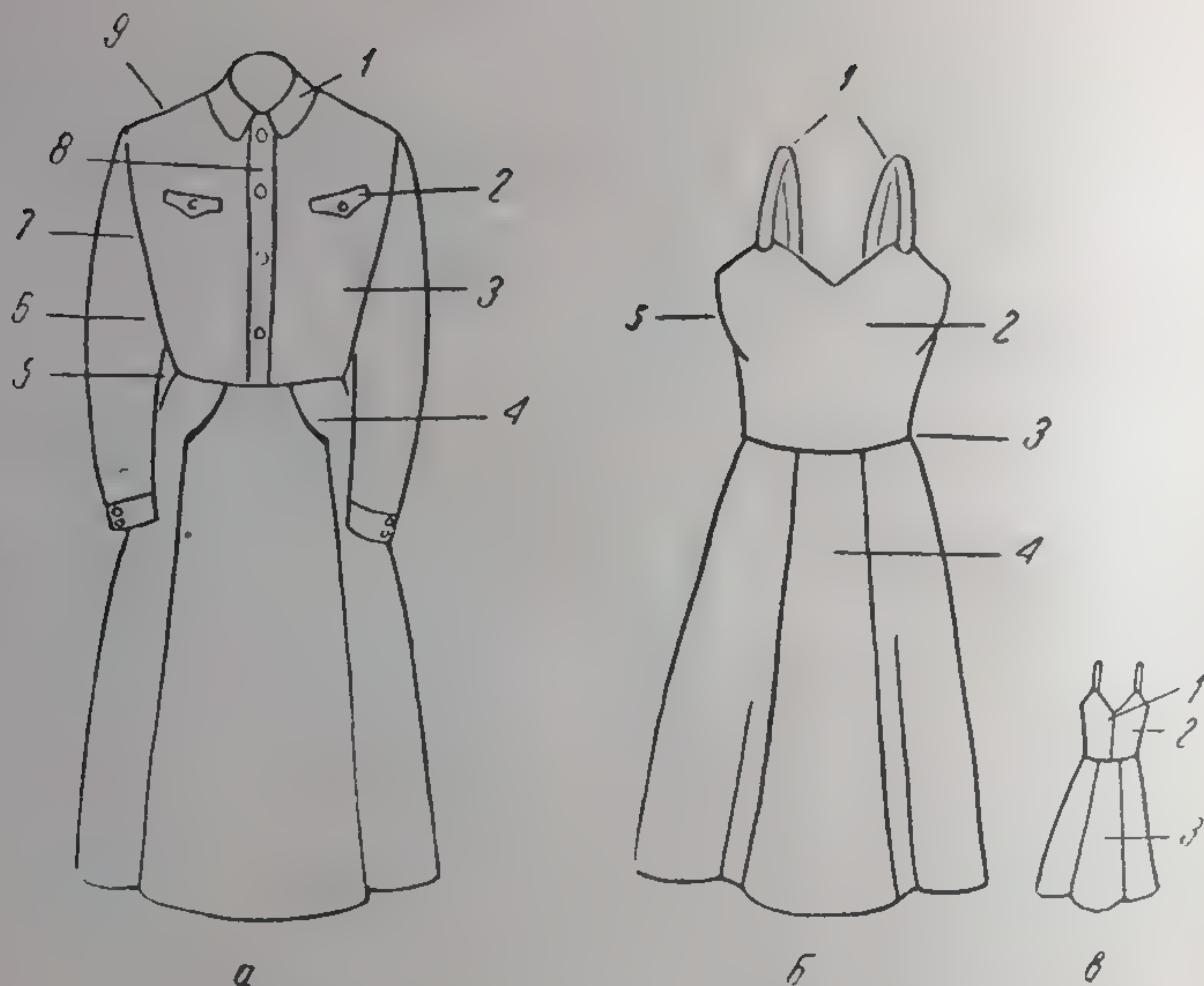


Рис. 36. Форменное платье (а) и сарафан (б, в).

а: 1 — отложной воротник; 2 — нагрудный карман прорезной с листочком; 3 — полоска переда; 4 — фигурный разрез с карманом; 5 — пояс; 6 — рукав; 7 — пройма; 8 — планка; 9 — плечевой шов.

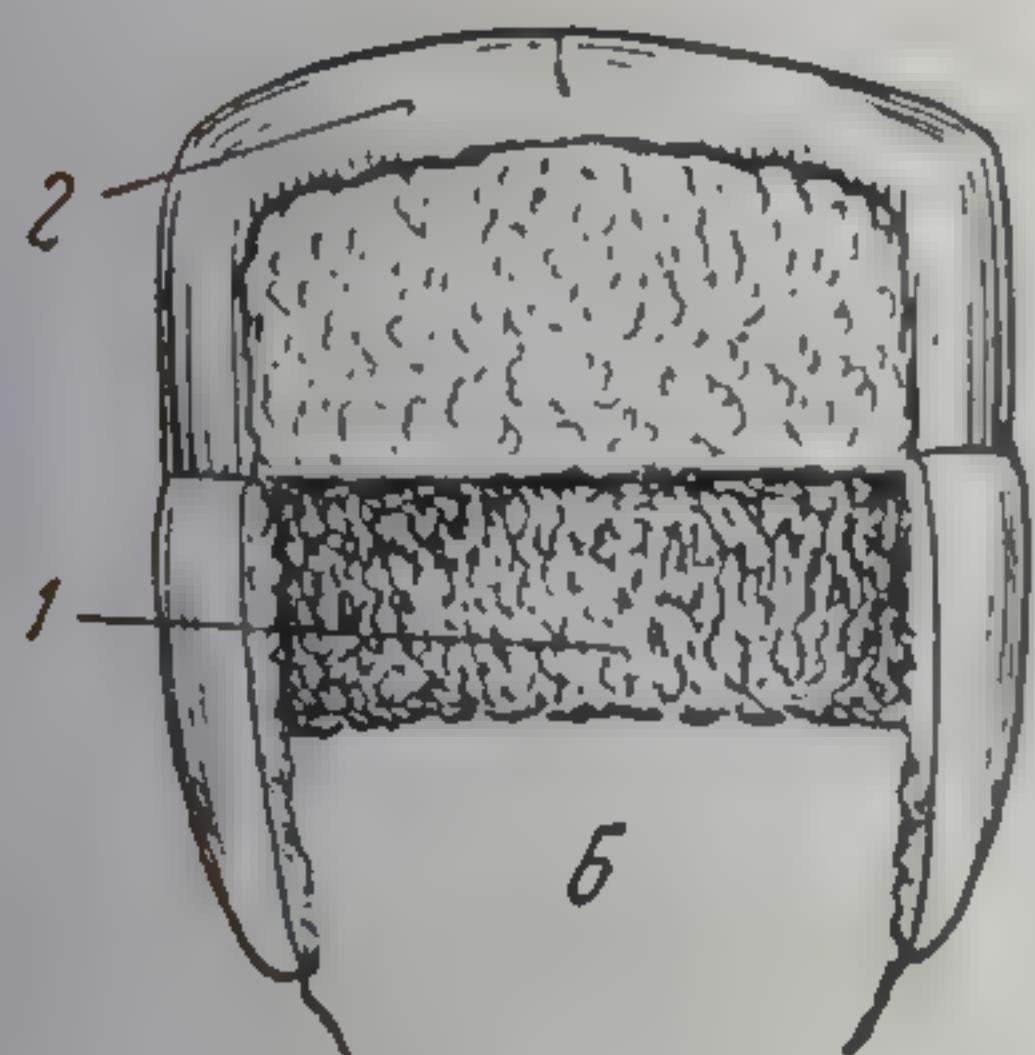
б — вид спереди: 1 — бретели; 2 — перед лифа; 3 — пояс; 4 — перед юбки; 5 — боковой шов.

в — вид сзади: 1 — застежка; 2 — спинка лифа; 3 — зад юбки.

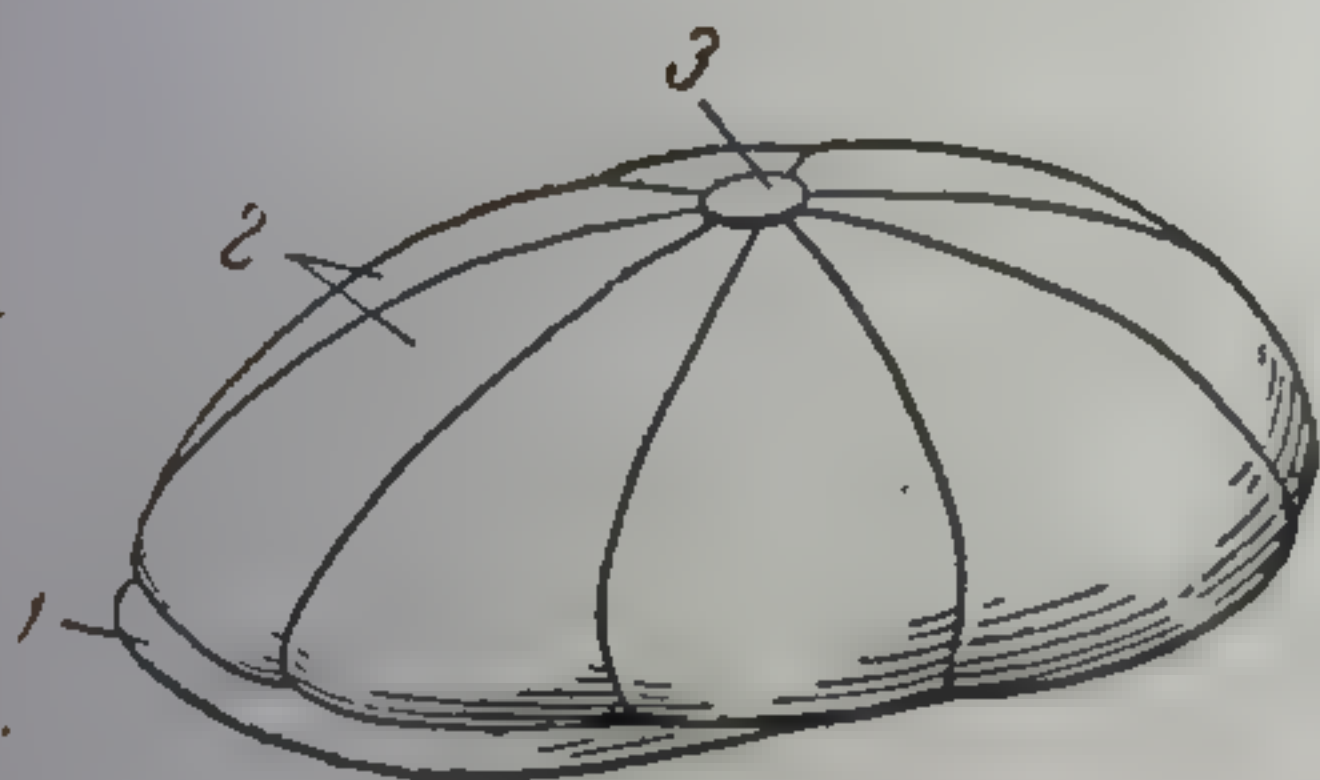
Головные уборы



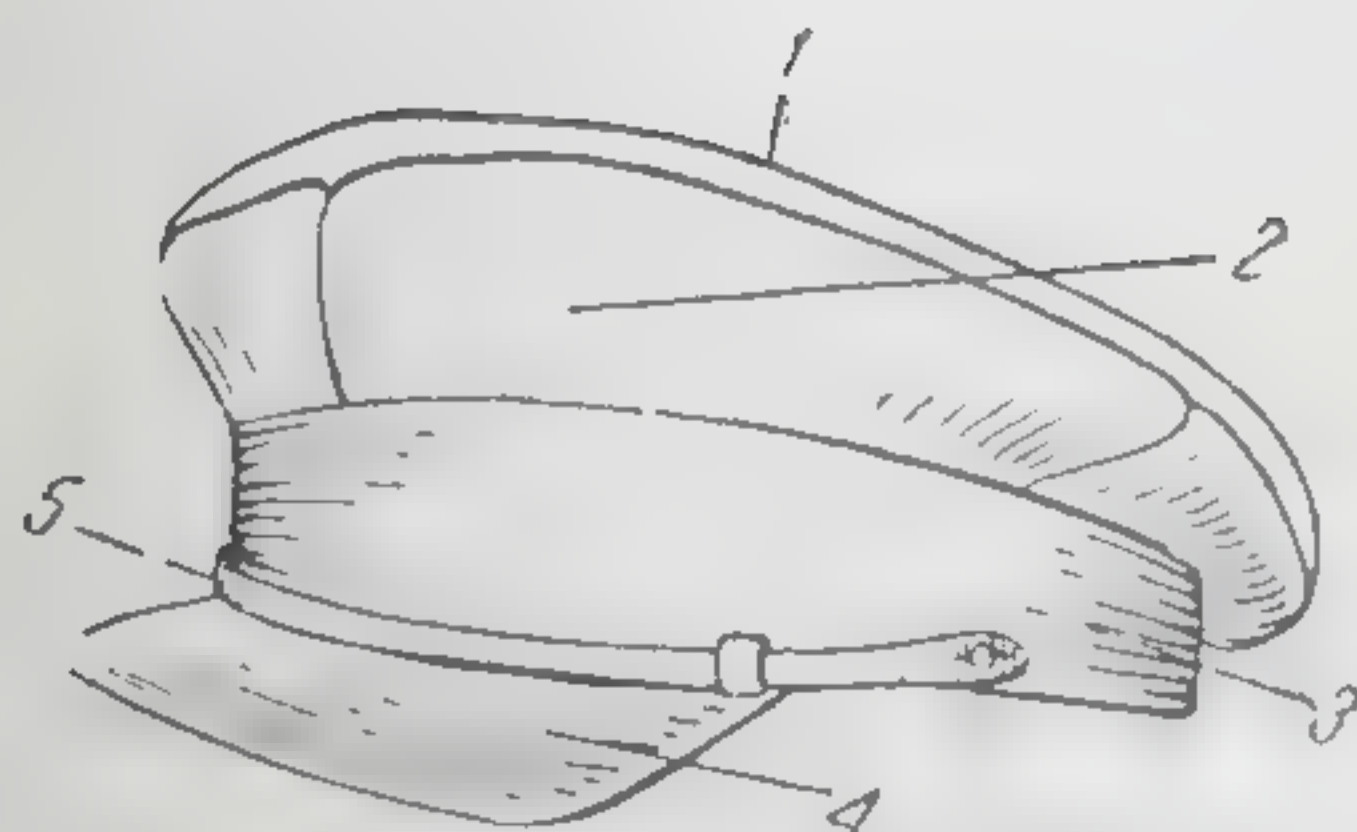
а



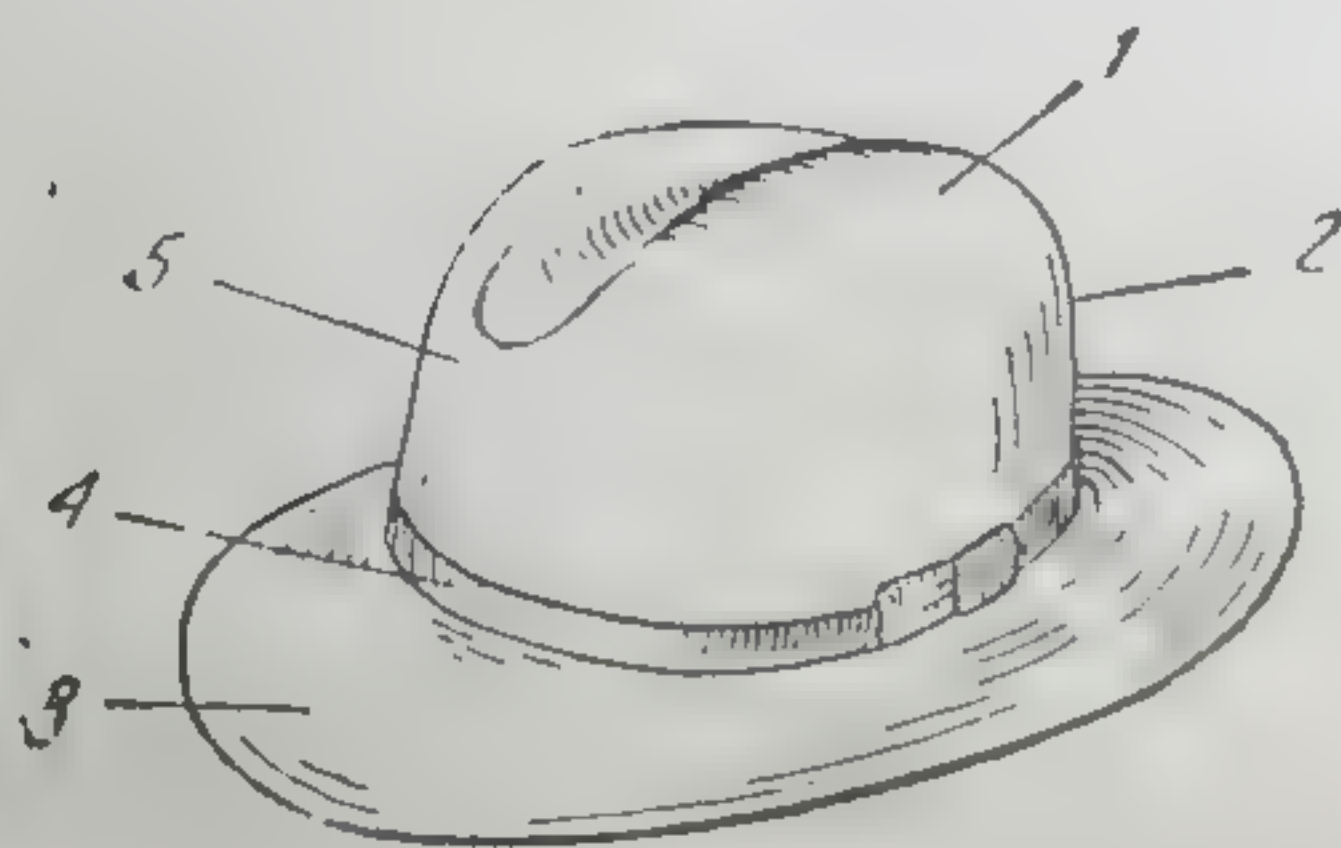
б



в



а



б

Рис. 37. Шапка-ушанка (а, б) и кепка (в).

а — вид спереди: 1 — козырек; 2 — наушник; 3 — завязки наушника.
б — вид спереди с опущенным на-
тыльником и наушником: 1 — на-
тыльник; 2 — верх шапки (голов-
ка).

в: 1 — козырек; 2 — клинья кепки;
3 — пуговица.

Рис. 38. Фуражка форменная (а), мужская шляпа (б).

а: 1 — доннышко; 2 — левая квар-
тирка; 3 — околыш; 4 — козырек;
5 — ремешок.

б: 1 — головка; 2 — затылочная
часть; 3 — поля; 4 — лента; 5 — лоб-
ная часть.

Обувь

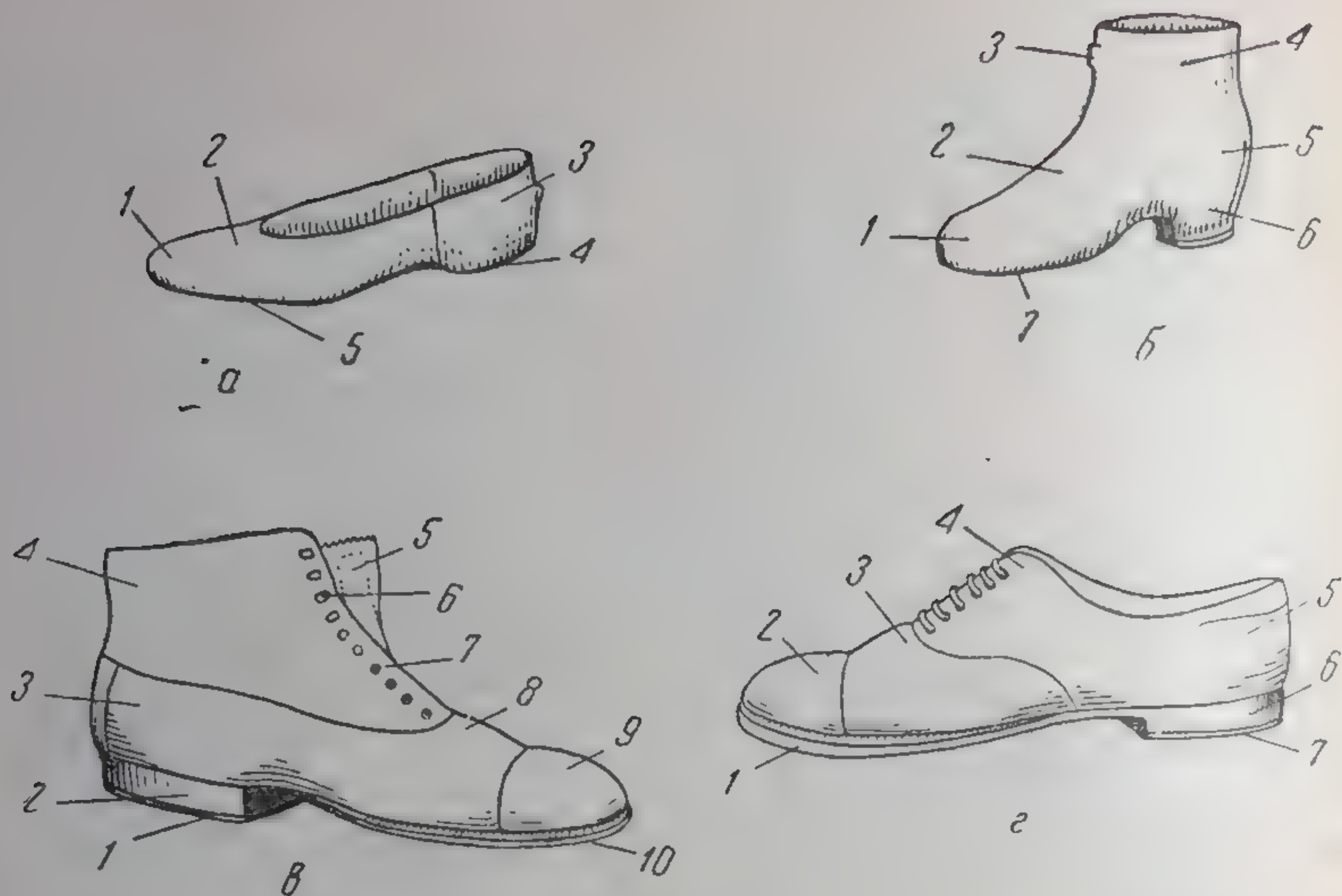


Рис. 39.

а — галоша; б — бот; в — ботинок; г — туфля мужская;
 а: 1 — носок; 2 — перед; 3 — задник; 4 — каблук; 5 — подошва.
 б: 1 — носок; 2 — перед; 3 — застежка; 4 — голенище; 5 — задник; 6 — каблук;
 7 — подошва.
 в: 1 — набойка; 2 — каблук; 3 — задник; 4 — берца правая; 5 — язык; 6 —
 крючки для шнурков; 7 — блочки для шнурков; 8 — союзка; 9 — носок; 10 —
 подошва.
 г: 1 — подошва; 2 — носок; 3 — союзка; 4 — блочки для шнурков; 5 — задник;
 6 — каблук; 7 — набойка.

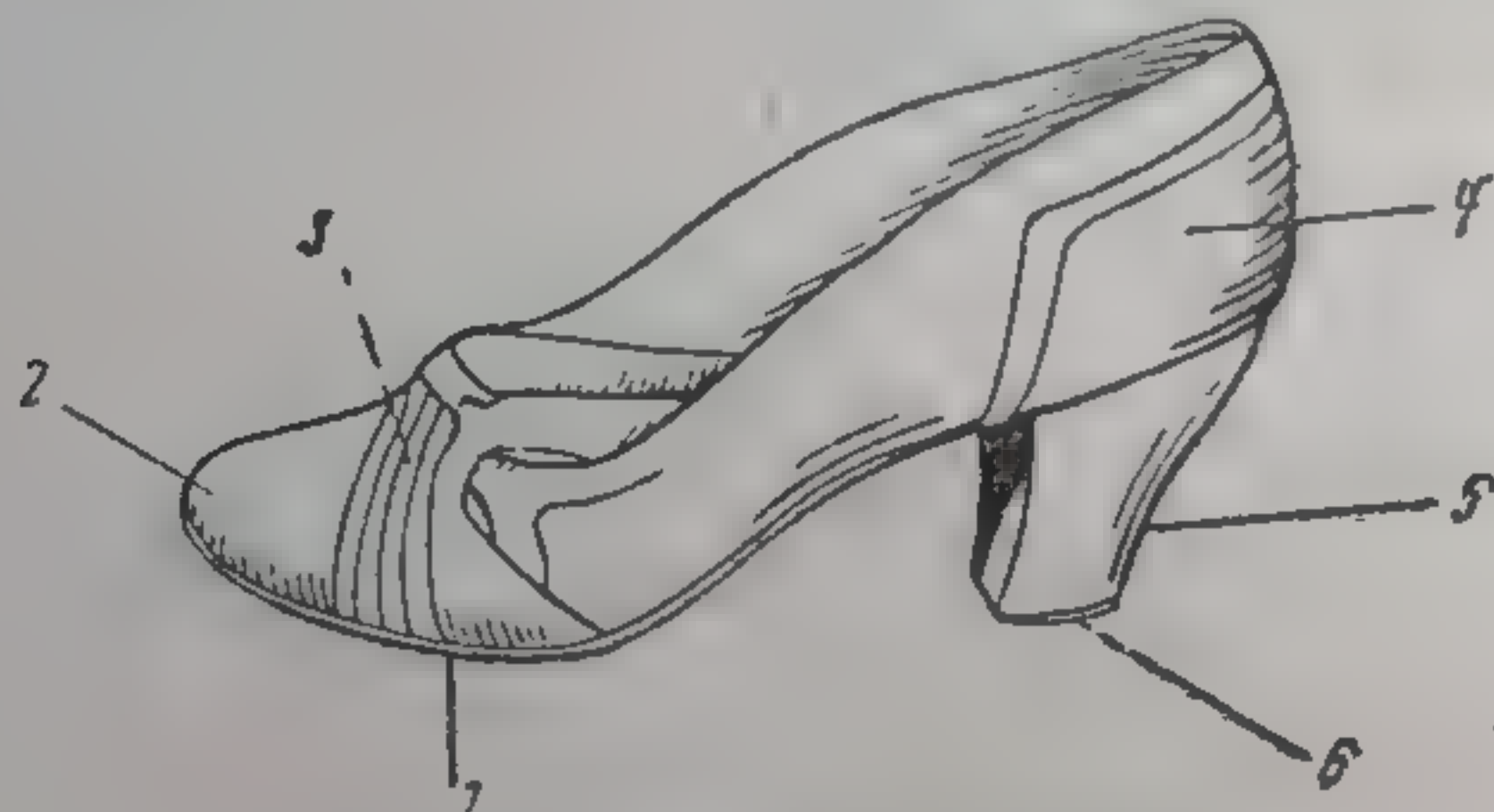


Рис. 40. Туфля женская.

1 — подошва; 2 — носок; 3 — союзка; 4 —
 задник; 5 — каблук; 6 — набойка.

ЛИТЕРАТУРА

- Абрикосов А. И. Техника патологоанатомических вскрытий трупов. Изд. 3-е, Медгиз, М., 1939.
- Авдеев М. И. Судебная медицина. Госюриздат, М., 1953.
- Авдеев М. И. Курс судебной медицины. Госюриздат, 1959.
- Артемьев Ф. и Ермолаев И. Справочник по организации здравоохранения. Медгиз, М., 1950.
- Бергольц М. Х. Врачебный рецептурный справочник. Медгиз, М., 1952.
- Глазова О. И. Отравления и первая помощь при них. Медгиз, М., 1952.
- Гориневская В. В. (ред.). Основы травматологии. Т. 1 и 2, Медгиз, М., 1953.
- Инструкция о взятии материала при вскрытии трупов умерших от инфекционных заболеваний для последующего бактериологического исследования. М., 1952.
- Инструкция о порядке врачебного освидетельствования страхователей от 11 декабря 1956 г. за № 446. М., 1956.
- Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР. М., 1952.
- Кустанович С. Д. Судебная баллистика. Госюриздат, М., 1956.
- Новиков Г. Н. (ред.) Справочник следователя. Госюриздат, М., 1957.
- Орлов Н. И. Пищевые отравления и их профилактика. Медгиз, М., 1952.
- Попов Н. В. (ред.). Основы судебной медицины. М., 1938.
- Попов Н. В. Учебник судебной медицины. Медгиз, 1946.
- Приказ по Министерству здравоохранения СССР от 22 ноября 1954 г. за № 523 «О мерах улучшения экспертизы алкогольного опьянения».
- Приказ по Министерству здравоохранения СССР от 5 января 1956 г. за № 3.
- Прозоровский В. И. и Ошерович Э. Я. Сборник официальных и справочных материалов по судебно-медицинской экспертизе. Медгиз, М., 1946.
- Райский М. И. Судебная медицина (для студентов и врачей). Медгиз, М., 1953.
- Сафонов Г. Н. (ред.). Справочник по законодательству для судебно-прокурорских работников. Т. 3, Госюриздат, М., 1949.
- Селиванов Н. А. и Теребилов В. И. Первоначальные следственные действия (краткий справочник следователя). Госюриздат М., 1956.
- Сердюков М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. Медгиз М., 1957.
- Скопин И. В. Количественное определение алкоголя в диагностике опьянения. Медгиз, М., 1959.

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора

4

Раздел I. Официальные справочные материалы

Инструкция о производстве судебномедицинской экспертизы в СССР	5
Глава I. Общие положения	5
Глава II. О судебномедицинских экспертах	11
Глава III. О районном, межрайонном и городском судебно-медицинских экспертах	14
Глава IV. О старшем городском, областном, краевом и республиканском судебномедицинских экспертах	16
Глава V. О главном судебномедицинском эксперте Министерства здравоохранения союзной республики	19
Глава VI. О главном судебномедицинском эксперте Министерства здравоохранения СССР	22
Глава VII. О судебномедицинских лабораториях	25
О правилах составления судебномедицинских документов	26
Инструкция о ведении медицинских архивов в лечебных учреждениях (Извлечение)	28
Правила составления заключения о тяжести повреждения	29
Таблица для определения процента постоянной утраты общей трудоспособности от несчастных случаев	34
Инструкция о порядке медицинского освидетельствования лиц, направляемых для установления состояния алкогольного опьянения	47
Акт медицинского освидетельствования для установления состояния алкогольного опьянения	48
Методические указания по диагностике алкогольного опьянения	51
Правила судебномедицинского исследования трупов	59
Инструкция о дополнительных мероприятиях, обязательных при вскрытии трупов новорожденных и детей первых недель и месяцев жизни	103
Инструкция Наркомздрава СССР от 1 июля 1939 г. за № 10. Об определении доношенности (зрелости) новорожденных	106
Приложение к Инструкции о взятии материала при вскрытии умерших от инфекционных заболеваний для последующего бактериологического исследования)	108
Инструкция о заполнении врачебного свидетельства о смерти. О порядке изъятия, хранения и сдачи вещественных доказательств, ценностей и иного имущества органами расследования и судами (Извлечение)	110
	117

Инструкция о порядке расследования и учета пищевых отравлений (Извлечение)	118
Порядок отбора материалов и направление их в лабораторию для исследования	122

Раздел II. Неофициальные справочные материалы

Некоторые рекомендации врачу при осмотре места происшествия	124
Особенности, на которые следует обращать внимание при осмотре места происшествия	126
Порядок изъятия предметов со следами крови, спермы, слюны и других выделений человека, а также волос	134
Определение времени наступления смерти	135
Дополнительные методы исследования и особенности вскрытия трупа при различных видах смерти	136
Дополнительные методы исследования при отдельных видах насильственной смерти	138
Предварительные судебнохимические пробы, проводимые при исследованиях биологического материала	141
Особенности вскрытия трупов при авиатравме	148
Особенности вскрытия трупов при автомобильной травме	150
Особенности вскрытия трупов, извлеченных из воды	154
Особенности вскрытия замерзших трупов	158
Исследование частей трупов	159
Составление патологоанатомического диагноза при судебно-медицинской экспертизе трупа	160
Данные о размерах и весе частей тела и внутренних органов	172
Длина костей, соответствующая различному росту	183
Определение роста по длинным трубчатым костям	184
Таблица средних размеров плода	187
Некоторые данные о развитии плода	188
Таблица роста	190
Таблица антропометрических данных	190
Изменения внешнего облика в зависимости от возраста	191
Определение степени тяжести телесных повреждений и формулировка заключения эксперта	192
О методике экспертизы рубцов кожи	195
Ориентировочные данные о внешних свойствах рубцов кожи различной давности	199
Ведущие симптомы отравлений некоторыми веществами	200
Клинические симптомы пищевых отравлений бактериального происхождения	206
Высшие смертельные дозы ядовитых (А) и сильнодействующих (Б) лекарственных и других веществ для взрослых	207
Материалы к экспертизе алкогольного опьянения	210
Зависимость степени опьянения от количественного содержания алкоголя в крови (по И. В. Скопину)	210
Определение количества алкоголя, находящегося в организме	211
Количество миллилитров 96% спирта, содержащегося в различных объемах спиртных напитков	213
Соотношение между весовыми и объемными единицами 96% спирта и объемными единицами 40% водки	214
	251

Возможность обнаружения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе в зависимости от вида и количества спиртных напитков	214
Таблица результатов воздействия на реагент индикаторных трубок Мохова и Шинкаренко паров различных веществ	215
Рекомендации по забору крови, других жидкостей, органов и тканей для количественного определения алкоголя	216
Комплекс признаков словесного портрета	219
Материалы к экспертизе огнестрельных повреждений . . .	221
Патроны боевого оружия (технические данные)	221
Сравнительные данные о характере отложения копоти при выстрелах на близком и на дальнем расстояниях . . .	224
Признаки выстрела в упор и с близкого расстояния	225
Максимальные дистанции, при которых обнаруживаются отдельные признаки близкого выстрела на материалах одежды	227
Рассеивание дроби при выстрелах из ружей калибра «16» и «12» на различных дистанциях	227
Максимальные расстояния, при которых обнаруживаются отдельные следы близкого выстрела на материалах одежды (бязь белая), для дробовых ружей калибра «16» и «12»	228
Технические сведения об автомобилях, необходимые при судебно-медицинской экспертизе автомобильных происшествий	223
Наименование частей оружия и инструментов	235
Наименование частей одежды	240
Литература	249

1911

